Rok XXXVIII. Kraków, 18 Listopada 1899. Nr. 46.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowiecz 137. Clinton and 150 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 18 Listopada 1899. Nr. 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przypadek rany kłótej klatki piersiowej w okolicy serca; wypadnięcie płuca, wybroczyna piersiowa (*haemothorax*), odma osierdzia (*pneumopericardium*), wyleczenie.

Podał

Dr. R. Barącz.

Docent chirurgii Uniwersytetu lwowskiego.

Dnia 8 go maja 1894 r., przywieziono mi o godzinie 7 rano chorego T. R. z oznajmieniem, że człowiek ten przed godziną został zraniony w pojedynku pałaszem w okolicę sercową.

Chory miernie zbudowany, średniego wzrostu, bardzo blady, oblany zimnym potem, był w stanie omdlenia; tętno wynosiło 100 uderzeń n. m. i było zaledwie wyczuwalne, liczba oddechów 30 n. m. Posłałem natychmiast po asystenta i przygotowałem odpowiednie narzędzia. Ponieważ jednak chory był coraz bledszym, uskarżał się na silne kłócie w lewym boku i duszność, a przytem omdlewał i tętno słabło, nie mogłem dłużej czekać na asystenta i przystąpiłem do zbadania rany przy pomocy obecnych sekundantów.

Po zdjęciu prowizorycznego opatrunku z wilgotnego ręcznika znalazłem na klatce piersiowej w 4-tym przestworze międzyżebrowym po stronie lewej ranę, rozpoczynającą się tuż na lewym brzegu mostka, — 4 ctm. długą, przebiegającą nieco ukośnie od góry i wewnątrz ku dołowi i na zewnątrz, a kończącą się tuż poniżej sutka, zlepioną świeżymi skrzepami krwi. Powyżej i poniżej rany stwierdziłem znaczną odmę podskórną, sięgającą do obojczyka, przechodzącą na całą lewą połowę klatki piersiowej i sięgającą blizko kręgosłupa.

Sąsiedztwo rany i ranę samą obmyłem rozczynem sublimatu 1:1000, następnie rozwarłem ranę, z której głębi natychmiast zaczął się wylewać podczas każdego wydechu strumień ciemnej krwi, a podczas każdego wdechu słychać było syczenie, cechujące dla zranienia opłucnej; rana przeszywała mięsień piersiowy większy i przebiegała ukośnie wgłąb w kierunku od dołu i zewnątrz ku górze i wewnątrz tak, że górna jej warga stanowiła rodzaj klapy. Po dokładnem rozwarciu rany wypadało płuco na przestrzeni kilku ctm., osobliwie podczas każdego wydechu, a podczas wdechu dawało się słyszeć wyżej opisane syczenie. Rana zwężała się lejkowato wgłąb, a w głębokości około 4 ctm. stwierdziłem ranę w opłucnej na 1 ctm. długą. Ponieważ ani w ranie opłucnowej, ani w ranie części miękich nie znalazłem wyraźnie strzykającego naczynia, odprowadziłem płuco, wytamponowałem prowizorycznie otwór w opłucnej wacikiem sublimatowym i zamknąłem ranę dwoma głębokimi szwami materacowymi z gazy jodoformowej, obejmującymi mięsień piersiowy większy, oraz kilku powierzchownymi węzełkowymi i założyłem opatrunek uciskowy z gazy jodoformowej.

W tylnej lewej stronie klatki piersiowej stwierdziłem równocześnie stłumienie w dole na szerokości 3 palców i osłabienie szmerów oddechowych. Tętno po operacyi podniosło się do 100 uderzeń n. m. i było pełniejsze, chory czuł nieco ulgi, jednak duszność i kłócie w lewym boku utrzymywały się. Chory miał prócz tego długą ranę płatową na prawem ramieniu (w okolicy m. dwugłowego), którą również natychmiast zaszyłem. Zaleciłem bezwzględny spokój, worek lodowy na okolicę serca. Chorego ostrożnie przewieziono do domu.

Podczas dnia mierna duszność i kłócie w lewym boku utrzymywały się; tętno 100, dość pełne, liczba oddechów 24. Ciepłota ciała podniosła się o godz. 11 w południe do 37·4°, wieczorem wynosiła 37·0°, tętno 88 uderzeń n. m. Wypukiem nie stwierdzono powiększenia się wybroczenia krwi.

Dnia 9/5 rano. W nocy chory spał mało, kłócie i duszność mniejsze. Rano tętno 88 uderzeń n. m., ciepłota 38.0°, oddechów 24, wieczorem o godz. 8 tętno 88, ciepł. 37·3°. Stłumienie w tylnej części klatki piersiowej po stronie lewej utrzymuje się, odma piersiowa zmniejszyła się i jest tylko wybitna na przestrzeni dłoni powyżej rany.

Dnia 10. maja: Chory w nocy spał; tętno 64, najwyższa ciepłota 37·0°. Od południa chory zaczął doświadczać uczucia, jak gdyby bańka powietrza poruszała się rytmicznie z uderzeniami serca w lewej stronie klatki piersiowej. Bańka ta ma zmieniać swoje położenie; raz czuje ją chory więcej ku wewnątrz, drugi raz więcej na zewnątrz, to znowu wyżej, to niżej. Badanie o godzinie 7 wieczór wykazuje rzeczywiście w okolicy serca szmer opisany przez chorego, jednoczesny ze skurczem serca, czasami słyszalny z odległości ½—1 metra od chorego, czasami głośniej, czasami słabiej; szmer ten jest wybitniej słyszalny podczas osłuchiwania okolicy serca; występuje on albo podczas kilku skurczów, następujących bezpośrednio po sobie, albo też brak jego podczas kilku a nawet kilkunastu skurczów. Szmer ten porównać się daje najlepiej do szmeru, powstającego przy wstrząsaniu balonika gruszkowatego, niezupełnie wypełnionego wodą, albo do chlupnięcia, powstającego po wrzuceniu małego kamyka w wodę.

Dnia 11. maja rano: Chory podaje, że wyżej opisany szmer słyszał tylko do północy, poczem szmer ten znikł zupełnie. Przy osłuchiwaniu nie można było rzeczywiście stwierdzić go więcej. Odma podskórna utrzymuje się jeszcze na przedniej, bocznej i tylnej powierzchni klatki piersiowej. Przy osłuchiwaniu klatki piersiowej stwierdza się znaczne przemieszczenie serca ku stronie prawej klatki piersiowej; tony serca są wyraźniej słyszalne po stronie prawej mostka; stłumienie serca nie daje się oznaczyć z powodu założonego opatrunku, stan bezgorączkowy. Zalecono leżenie dalej, worek lodowy na okolicę serca.

Dnia 15. maja przy zmienianiu opatrunku na ramieniu stwierdzono rychłozrost.

Dnia 16. maja uskarża się chory na kłócie w boku prawym i duszność. Oddech przyspieszony; chory porusza nozdrzami przy oddychaniu. Badaniem stwierdzono wysięk opłucnowy po stronie prawej, sięgający na szerokość 3 palców poniżej dolnego kąta łopatki. Stan bezgorączkowy.

Wysięk ten sięgał dnia 17 maja do kąta łopatki; zalecono bańki suche na tylną ścianę klatki piersiowej po stronie prawej.

Dnia 18. maja zmieniono opatrunek rany na klatce piersiowej, usunięto szwy głębokie; stwierdzono rychłozrost; brak zupełny odmy podskórnej.

Dnia 19. maja: Wysięk opłucnowy po stronie prawej utrzymuje się równomiernie; polecono wewnętrznie salicylan sodowy po 0·25, 2 razy dziennie.

Dnia 20. maja stwierdzono wyraźne zmiejszenie się wysięku. Ciepłota ciała nigdy nie przekracza 37·0°, a czasami wieczorna ciepłota wynosi tylko 36·8°. Zalecono dalej salicylan sodowy, bańki suche, bezwzględny spokój.

Dnia 21. maja usunięto szwy powierzchowne z klatki piersiowej. Stłumienie serca przypada właśnie w zakres rany; wewnętrzna granica stłumienia serca przebiega wzdłuż prawego brzegu mostka; na zewnątrz sięga to stłumienie do linii sutkowej lewej, ku górze do 4-go żebra, ku dołowi do 6 przestworu między-żebrowego; górna granica stłumienia przesuwa się nieco przy zmianie położenia chorego; jest więc wybroczyna osierdziowa (*haemopericardium*).

Dnia 22. maja: Wieczorem po silniejszym ruchu i silnem natężeniu głosu (pomimo zakazu) wystąpiło znowu kłócie przy oddechaniu po stronie lewej klatki piersiowej i większa duszność.

Badanie dnia 23. maja rano wspólnie z Dr. Lesławem Gluzińskim wykazało: chory rusza nozdrzami przy każdym wdechu, liczba oddechów n. m. 24, tętno 80, ciepłota 36·5.

Klatka piersiowa po stronie lewej w dole szersza i więcej wypuklona, niż po prawej, przewodnictwo głosu z tyłu w dole zniesione na przestrzeni 7 palców, powyżej utrzymane, jednak słabsze, niż po stronie prawej. Po stronie prawej w dole przewodnictwo zniesione na małej przestrzeni (na wysokość 3 palców). Odgłos wypukowy w dole z tyłu na szerokość 7 palców przytłumiony, jednak przy silniejszem pukaniu przebija odgłos bębenkowy; odgłos ten jawnieje ku górze, jednak przy silniejszem pukaniu i tu przebija odgłos bębenkowy. Przy nachylaniu chorego ku tyłowi stłumienie to przesuwa się na 2 palce. Po stronie prawej w dole odgłos wypukowy stłumiony, powyżej jawny. Wdech i wydech w dole z lewej strony oskrzelowy, z głębi wydobywający się, jakby uciskowy. Na granicy stłumienia górnej wdech przybiera charakter nieoznaczony, wydech przechodzi w oskrzelowy. Rzężeń nigdzie niema. Po stronie prawej w dole szmery oddechowe są zniesione, powyżej nieoznaczone; od kąta łopatki ku górze szmer oddechowy pęcherzykowy, zaostrzony, szczególnie w szczycie. W pasze lewej stłumienie schodzi skośnie ku dołowi i przechodzi w stłumienie serca, które sięga ku prawej stronie do połowy mostka, ku górze do górnego brzegu 4-go żebra. Powyżej tego stłumienia, idąc od lewej strony ku górze, odgłos wypukowy jest przytłumiono-bębenkowy, jawnieje idąc ku górze, zawsze ma jednak charakter bębenkowego. Przewodnictwo głosu jest w dolnych częściach po stronie lewej z przodu zniesione, w górnych zaś utrzymane, ale słabsze, niż po stronie prawej. Szmery oddechowe w pasze i w dole z przodu są zniesione, w górze nieoznaczone, zbliżone do szmeru pęcherzykowego. Z prawej strony wypuk jawny na całej przestrzeni, w dole przytłumiony, granica dolna nieruchoma; szmery oddechowe zaostrzone, głównie w górze. Uderzenie koniuszkowe serca niewidzialne i niemacalne, tony serca czyste, ale głuche. Granica górna stłumienia sercowego nie zmienia się. Rozpoznanie: *Haemothorax sin., pleuritis exsud. dex.* Nakłócie próbne, wykonane w tyle po stronie lewej, wykazuje czystą krew płynną. Postanowiliśmy zastosować leczenie wyczekujące i tylko w razie bardzo znacznej duszności wykonać nakłócie.

Dnia 23/5 wieczorem stwierdzono zwiększenie się duszności, ciepłota 36·8°. Wstrzyknięto podskórnie 0·01 morfiny, wewnętrznie polecono *Extractum fluid. hydrastis canad.*

Dnia 24/5 stan ten sam. Wstrzyknięto morfinę podskórnie.

Dnia 25/5 to samo.

Dnia 27/5 stwierdzono z przodu w dole, w linii pachowej, odgłos wypukowy bębenkowy, mniej stłumiony. Ciepł. 37°, tęt. 84. Odtąd zaczyna stłumienie się zmniejszać osobliwie w liniach pachowych obustronnie.

W początku czerwca sięga stłumienie po str. lewej tylko na 3 palce; po stronie prawej wykazać się nie daje.

Stłumienie zmniejszało się z dnia na dzień, szmery oddechowe zbliżały się coraz bardziej do prawidłowych; dnia 26/6 uważać można było chorego za wyleczonego. Chory ten cieszy się obecnie zupełnem zdrowiem.

Przypadek powyżej opisany jest z kilku względów pouczający.

1) Dowodzi on przedewszystkiem, że większa tętnica w opłucnej (w naszym przypadku prawdopodobnie tętnica międzyżebrowa) może być zraniona, pomimo że tryskania z niej widzieć nie możemy; prawdopodobnie końce przeciętej tętnicy cofają się, albo też zapad, towarzyszący podobnemu uszkodzeniu, jest powodem, że tryskania tego nie widzimy.

2) W przypadkach ran kłótych klatki piersiowej, w których przeciętej tętnicy międzyżebrowej nie podwiązano, może jeszcze po 2 tygodniach od czasu zranienia, — pomimo powstałego zakrzepu i częściowego wessania wynaczynionej krwi, — wystąpić krwotok następowy, wskutek wzmożonej akcyi serca i rozluźnienia się zakrzepu; stąd wskazanie do długiego trzymania takich chorych w łóżku i zachowania największego spokoju.

3) Objawy skaleczenia worka sercowego (*pneumohaemopericardium*) mogą wystąpić dopiero w kilka dni po zranieniu, co daje się wytłómaczyć tem, że z początku obfita ilość wylanej krwi do worka opłucnowego i przesunięcie się serca ku prawej stronie klatki piersiowej mogą zatkać mały otwór w osierdziu i przeszkodzić dostaniu się powietrza do jamy osierdziowej; dopiero po zmniejszeniu się wylewu krwawego w opłucnej, wskutek częściowego wessania, otwór ten rozwiera się na nowo i występuje objaw charakterystyczny.

4) Wprawdzie w naszym przypadku, pomimo niepodwiązania tętnicy międzyżebrowej, wynik ostateczny był dobry, to jednak, wobec tego, że krwotok powtórzył się i to po kilkunastu dniach i do tego był znaczny, — należy w przypadkach ran kłótych przeszywających klatki piersiowej ze znaczną wybroczyną krwi, mimo braku tryskania z tętnicy międzyżebrowej, zaraz po zranieniu przystąpić do rozszerzenia rany, względnie do utorowania sobie dostępu do przeciętych końców tętnicy zapomocą resekcyi powyżej i poniżej położonego żebra i tętnicę (*a. intercostalis* lub *a. mammaria interna*) podwójnie podwiązać. Za zranieniem tętnicy międzyżebrowej w naszym przypadku przemawia położenie anatomiczne rany opłucnowej i obfitość krwotoku pierwotnego i następowego. Że krwotok w naszym przypadku nie pochodził z serca, za tem przemawia brak znacznej, wzmagającej się wybroczyny osierdziowej (*haemopericardium*), przeciw zaś krwotokowi z płuca — brak plwocin krwawych. Mając odpowiednią pomoc i w innych warunkach, byłbym pewnie przystąpił i w swoim przypadku do rozszerzenia rany, celem zbadania przyczyny tak obfitego wylewu krwi; przez podwiązanie krwawiącej tętnicy byłbym zapobiegł krwotokowi następowemu.

5) Wobec krwotoku następowego w naszym przypadku zachowaliśmy się wyczekująco, gdyż objawy duszności nie były tak groźne, ażeby stanowić wskazanie do wypuszczenia płynu (Riedinger) i wobec zmniejszania się stłumienia po kilku dniach.

Riedinger[1]) radzi w krwotoku opłucnowym (*haemothorax*), uciskającym i wywołującym duszność, wykonywać nakłócie; wypróżnienie, prócz usunięcia objawów uciskowych, działa także korzystnie przez rozwinięcie się uciśniętego płuca, przez przywrócenie prawidłowych stosunków krążenia i zdolności wchłaniania powierzchni opłucnej, oraz przez uwolnienie od ucisku otworów naczyń chłonnych (*Lymphstomata*). Riedinger nie radzi jednak wykonywać nakłócia wcześnie, a tylko dopiero wtedy, kiedy przypuścić wolno, że nastąpiło już zaczopowanie zranionych naczyń; objawy uciskowe stanowią tu najważniejsze wskazanie.

6) Bardzo uwagi godnym jest objaw zranienia worka sercowego, występujący w naszym przypadku późno, bo 3-go dnia po zranieniu, tak zw. szmer koła wodnego (*Geräusch des hydraulischen Rades, bruit de roue hydraulique*), na który poraz pierwszy zwrócił uwagę Morel-Lavallé[2]).

[1]) Riedinger. Verletzungen und chirurgische Krankheiten des Thorax und seines Inhaltes. (*Deutsche Chirurgie Lief. 42, 1888, str. 166 i 167*).

[2]) *Gazette des hôpitaux 1860 Nr. 19.* porównaj Georg Fischer. Die Wunden des Herzens und Herzbeutels. (*Archiv für klin. Chirurgie IX tom, 1868, str. 710, 712, 882, 890 i 893*).

Autor ten uważa szmer wspomniany, jako patognomoniczny dla zranienia worka sercowego i opłucnej jednocześnie. Charakterystyczny szmer ten powstaje, zdaniem jego, przez zmięszanie się powietrza z krwią wskutek ruchów serca i ma przypominać szmer koła wodnego, którego sprychy biją równocześnie wodę i powietrze; różni się on znacznie od zwykłych szmerów serca i osierdzia, nie pochodzi od złamań żeber, ponieważ te mogą nie mieć miejsca, tony serca są przytem prawidłowe. Szmer ten, raz słyszany, nie da się zapomnieć, a słyszy go także sam chory i słychać go na większą odległość od chorego.

Morel-Lavallé zauważył szmer ten trzy razy w przebiegu 3 lat: dwa razy szło o spadnięcie ze znacznej wysokości, w jednym zaś o przejechanie kołem od wozu; 2 razy sprawdzono rozpoznanie sekcyą (chorzy doznali przytem i innych ciężkich obrażeń); jeden chory wyzdrowiał. Szmer ten był w przypadkach jego albo przerywany i występował podczas skurczów serca (co 7—15—20 uderzenie, przyczem powtarzał się czasami 4—5 razy), albo też występował podczas każdego skurczu. Szmer ten był słyszalny już na pewną odległość od chorego, najsilniej nad okolicą serca i tylko w położeniu chorego na grzbiecie; przy siadaniu chorego szmer znikał. W jednym przypadku utrzymywał się przez kilkanaście godzin, następnego dnia zmniejszył się i ustał, w innym przypadku utrzymywał się przez 5 dni. We wszystkich 3 przypadkach, o ile ze sprawozdań wnosić można, wystąpił szmer ten prawdopodobnie już w dniu uszkodzenia. W naszym przypadku występuje on 3. dnia po zranieniu [3]), jest tylko przez jeden dzień słyszalny i ustępuje potem trwale. Charakter szmeru w swoim przypadku podałem już w historyi choroby. Spostrzeżenie moje zgadza się w zupełności ze spostrzeżeniami M. Lavalléa i dowodzi, że objaw ten może powstać nie tylko po uszkodzeniach wewnętrznych wskutek spadnięcia z wysokości lub wskutek przejechania, ale także przy ranach kłótych worka sercowego.

Objaw ten był dotychczas rzadko bardzo spostrzegany, gdyż Fischer [4]) w swojej kazuistyce, obejmującej 452 przypadków zranień serca i worka sercowego, wspomina jedynie o owych 3 przypadkach M. Lavalléa; innego przypadku, w którymby była wzmianka o tym objawie, nie znalazłem w przystępnej mi literaturze [5]). Sądzę jednak, że objaw ten, właśnie wobec ran kłótych worka sercowego, musi występować częściej, ponieważ tu warunki fizykalne, wywołujące go, są korzystniejsze, tj. powietrze od zewnątrz może dostać się do worka sercowego, podczas gdy w obrażeniach wewnętrznych, prócz komunikacyi worka sercowego z opłucną, płuco musi być również zranione; przyczyny, z powodu których objawu tego nie spostrzegano w podobnych obrażeniach, muszą być następujące: liczne i ciężkie powikłania towarzyszące, nałożenie opatrunku znacznego na ranę, nie zwracanie uwagi samych chorych mniej inteligentnych na ten objaw i krótkie trwanie tego objawu.

7) Na podstawie przeglądnięcia przystępnej mi literatury należą rany kłóte w 4-tym przestworze międzyżebrowym do bardzo ciężkich obrażeń i bardzo często serce bywa przytem także uszkodzone; wykluczyć też nie da się, czy i w naszym przypadku serce nie było także nakłóte.

[3]) Wytłómaczenie tego objawu podałem wyżej.

[4]) L. c.

[5]) Por. także: E. Loison. Des blessures du péricarde et du coeur et de leur traitement (*Revue de Chirurgie, 19-me année, 1899*).

II. Z Zakładu Higieny Prof. O. Bujwida w Krakowie.

Przypadek obrzęku złośliwego (*Oedema malignum*)

opisał

Filip Eisenberg.

(Dokończenie).

W dalszym ciągu należało stwierdzić doświadczeniem na zwierzętach jadowitość badanego prątka i obraz zmian, przezeń wywołanych. Przedewszystkiem zastrzyknąłem podskórnie ropę, uzyskaną przy sekcyi, i to myszy szarej 0·25 ctm [3], morskiej śwince 7 ctm. [3], te bowiem zwierzęta uchodzą za najwrażliwsze na obrzęk złośliwy. Mysz padła po 15 godz.; sekcya nie okazała zmian w narządach wewnętrznych; nieznaczny obrzęk podskórny; we krwi ze serca i w narządach wewnętrznych preparat i hodowla wykazały *B. oedematis mal.*, *Proteus vulg.* i *B. coli com.* Morska świnka padła po 20 godz.; sekcya wykazała obszerny obrzęk surowiczy z bańkami gazu w tkance podskórnej, zwłaszcza na brzuchu, mięśnie fuksynowo-czerwone, brak zmian w narządach wewnętrznych; preparat i hodowla wykazały w płynie obrzękowym i w śledzionie *B. oedematis mal*, *Proteus vulg.* i *B. coli com.* Następnie użyłem do doświadczeń czystych hodowli bulionowych; okazało się zgodnie z wynikami innych autorów, że potrzeba bardzo znacznych dawek, ażeby przy zastósowaniu podskórnem zabić zwierzę, a mian. około 2 ctm. [3]) 6-dniowej hodowli bulionowej dla morskiej świnki, a 4 ctm. [3] dla królika. Zwierzęta takie siedzą po pewnym czasie osowiałe, najeżone, mniej oddziałują na podniety zewnętrzne, potem widać lekki niedowład kończyn tylnych, który się coraz wzmaga, występują drgawki kończyn, poziewanie, aż wreszcie, w 18—36 godzin po zakażeniu, padają. Ciepłota (jak pokazały moje doświadczenia, zgodnie z badaniami Cornevina nad jadem obrzęku złośliwego, a wbrew twierdzeniu Novyego [31]) okazuje odrazu od wystąpienia pierwszych objawów zakażenia cechujący spadek, wzmagający się wraz z postępem objawów; oto przykład charakterystycznego przebiegu ciepłoty u świnki: 5. VII. 5 w. zastrzyknięcie 38·2° C. 6. VII 10 r. 37·7°, 12 p. 38·1°, 2·30 p. 37·2°, 8 w. 35·9°, 7. VII. 8 r. 33·0°, 9·30 r. 33·0°, 12 p. *Exitus*. Sekcya typowych przypadków przedstawiała następujący obraz: w tkance podskórnej nieznaczny obrzęk surowiczy z nielicznemi bańkami gazu, mięśnie fuksynowo-czerwone, worek osierdziowy pusty, serce w rozkurczu, zawiera krew płynną, żyły na niem porozszerzane; opłucne czasem wolne, czasem zawierają pewną ilość wysięku surowiczego; płuca blade, zapadłe; w jamie brzusznej większa lub mniejsza ilość wysięku surowiczego; otrzewna gładka, lśniąca; śledziona prawidłowa; wątroba przekrwiona; przewód pokarmowy prawidłowy. Krew okazuje się jałową, o ile sekcya odbywa się zaraz po śmierci; dopiero w miarę pochłonienia tlenu przez tkanki prątki badane poczynają się w niej rozmnażać; natomiast znajduje się je w niewielkiej ilości w płynie obrzękowym, dość liczne w śledzionie i wysięku otrzewnowym, szczególnie w tym ostatnim tworzą one nici po kilkadziesiąt μ. długości,

(co jest właśnie cechującem dla prątków obrzęku złośliwego), leżąc przytem zawsze poza ciałkami białemi. Jeżeli do zakażenia używałem nie hodowli czystych, lecz mięszanych tlenowych z *Proteus vulg.*, *M. prodigiosus* lub *Staphylococcus pyogenes*, wystarczało już 0·3 ctm.³ do zabicia morskiej świnki, a obraz choroby i wynik sekcyi był ten sam, co poprzedni. Wreszcie udało mi się wykazać nasze prątki w skrawkach wyciętych tkanek ze sekcyi, a składających się ze skóry, tkanki podskórnej i powierzchownych warstw mięśni. Skrawki te, sporządzone w zwykły sposób, barwiłem met. Pfeiffera (fuksyną karbolową rozc. z następowem odbarwieniem zapomocą wyskoku słabo zakwaszonego), błękitem Loefflerowskim, gencyaną anilinową, przyczem każda z tych metod dała mi dobre wyniki, o ile tylko dość ostrożnie odbarwiałem skrawki ze względu na łatwość, z jaką prątki oddają barwnik. Skrawki te okazują następujący obraz: w powierzchownych warstwach obumarłych znajduje się całe mnóstwo gronkowców, paciorkowców, laseczek i nieliczne tylko laski, odpowiadające kształtem naszym prątkom, natomiast w głębi tkanki wyłącznie nasze prątki w bardzo wielkiej ilości, często w skupieniach po 2—3 osobniki, towarzyszące smugom tkanki łącznej międzymięśniowej, która poza tem nie okazuje żadnych zmian chorobowych w postaci nacieku drobno-komórkowego lub ropnego. Próba barwienia skrawków zapomocą met. Kutschera udała się tylko częściowo, o ile że prątki nasze barwiły się tylko po brzegach skrawka, środek zaś pozostawał niezabarwiony.

Widzimy tedy, że mamy do czynienia z niewątpliwym przypadkiem prawdziwego obrzęku złośliwego, ponieważ prątki, wyosobnione przezemnie za życia chorego i po śmierci, okazują co do kształtu, hodowli i jadowitości wszystkie cechy prątków Pasteura-Kocha. Co do rozpoznania ich różniczkowego wchodzi w rachubę tylko *Bac. pseudooedematis mal. Fluegge-Liborius,* ten jednak w przeciwieństwie do naszego prątka rośnie w ciepłocie pokojowej i przedstawia się jako laseczka dość gruba, często po dwa zarodniki zawierająca, i nie tworzy dłuższych nici. Wreszcie prątki, znalezione w skrawkach, okazują znowu te same cechy morfologiczne i to samo zachowanie się wobec barwików, przez co łańcuch dowodowy staje się zupełnym.

A teraz jeszcze kilka uwag, dotyczących naszego przypadku: ze względu na swą etyologię przedstawia się on jako zupełnie typowy, albowiem rany miażdżone dają najlepszą sposobność do zakażenia przyrannego prątkiem Pasteura-Kocha. Badania Bessona [19]) wykazały, że wszystkie czynniki, uszkadzające tkankę, lub doprowadzające ją do obumarcia, zmniejszając lub znosząc jej odporność, ułatwiają w wysokim stopniu to zakażenie. I tak, gdy do zabicia morskiej świnki średniej wagi potrzeba zastrzyknięcia podskórnego 2 ctm.³ czystej hodowli, wystarcza już 0·3 ctm.³, gdy dodamy do niej małą ilość kw. fosforowego lub mlekowego, które sprowadzają obumarcie tkanki. W podobny sposób działają urazy mechaniczne; króliki i świnki morskie padają po zastrzyknięciu małej dawki hodowli czystej w otwartą ranę powikłanego złamania uda, lub w zmiażdżone podskórnie przez uraz mięśnie udowe. Rany miażdżone jednak nietylko upośledzają odporność miejscową dotkniętych tkanek, ale nadto brak dostępu powietrza i brak dopływu tlenu, wskutek zaburzeń w krążeniu miejscowem, umożliwia rozwój beztlenowców. W naszym przypadku otwarta rana w okolicy stawu nadgarstkowego odegrała, co prawda, pewną rolę, umożliwiając zakażenie ropne: jednak zakażenie to miało tylko znaczenie wtórorzędne, gdyż, mimo dłuższego przebiegu i znacznego upadku sił, nie przyszło do uogólnienia sprawy ropnej. Natomiast zakażenie to sprzyja bardzo rozwojowi obrzęku złośliwego, jak tego dowodzą doświadczenia Penzo [20]) i Bessona, którzy znaleźli, że mięszane hodowle *B. oedematis mal. z Proteus vulg.*, *M. prodigiosus i Staphylococcus pyogenes* zabijają zwierzęta w daleko mniejszych dawkach, niż hodowle czyste.

Co się tyczy przebiegu ciepłoty, to z początku przedstawia ona obraz gorączki gnilnej (septycznej) i dopiero w ostatnich dniach uwidacznia się wpływ swoistego zakażenia w ciepłotach podgorączkowych, a wreszcie w przedostatnim dniu występuje hipotermia, według moich doświadczeń cechująca zakażenie obrzękiem złośliwym. Że i inne zakażenia pokrywają obraz zakażenia, o którem mówimy, tego dowodzi też przypadek L. Briegera i P. Ehrlicha, gdzie gorączka durowa, wskutek tego powikłania, żadnej nie uległa zmianie.

Ze względu na natężenie sprawy chorobowej przypadek nasz przedstawia się, jako przypadek o niewielkiem stosunkowo natężeniu i wybitnie przewłocznym przebiegu. Po 2—3-dniowym czasie wylęgania, który znajdujemy też w innych historyach chorób, sprawa trwa jeszcze dni 12, gdy w innych przypadkach śmiertelnych zgon następował po 2—3 dniach. Gdy jednak w tamtych przypadkach zakażenie dotknęło raz chorego durowego, drugi raz dotkniętego zapaleniem płuc włóknikowem, trzeci raz porażonego, a więc osobniki o zmniejszonej odporności, tutaj ustrój osobnika młodego i zdrowego długo stawiał opór zgubnym skutkom zakażenia.

Co się tyczy objawów tego zakażenia, zasługuje na uwagę przedewszystkiem odma tkanki podskórnej, zawierająca gazy gnilne, cuchnące siarkowodorem; szczegół ten znajdujemy również zaznaczony w opisie Braatza i Bremera, a polega on na wytwarzaniu H_2S, zaprzeczanem dawniej przez Liboriusa [22]), a niedawno wykazanem przez Hiblera [23]) dla wszystkich beztlenowców. Cechujący jest również szybko zgorzelinowy charakter sprawy, gdyż już w 6 dni po urazie okazała się potrzeba wyłuszczenia ręki w stawie nadgarstkowym; podobnie Bremer znalazł w swoim przypadku mięśnie piersiowe i ramieniowe zamienione w miękką, rozpływającą się miazgę, złożoną z rozpadłych włókien mięsnych, kulek tłuszczu i mnóstwa laseczek.

Z objawów ogólnych, wymioty, o których wspomina historya choroby w dniu 24. VI., znajdujemy też zaznaczone i w historyi przypadku Bremera.

Co się tyczy obrazu pośmiertnego, to zgodnie z doświadczeniami na zwierzętach i z innymi przypadkami, brak tu obrzęku śledziony i zwyrodnień narządów wewnętrznych, cechujących inne ostre zakażenia; brak też jednak wysięku otrzewnowego, tak często znajdowanego u zwierząt, a opisanego również w przypadku Mencreula, gdzie może punkt wyjścia sprawy z przewodu pokarmowego przyczynił się do jego powstania. Natomiast zadziwić musi brak fuksynowo-czerwonego zabarwienia mięśni, zwykle spotykanego u zwierząt, a stwierdzonego też w przypadku Briegera-Ehrlicha. Być może, że zmiany gnilne przez przeciąg 26

godzin od śmierci do sekcyi, zdołały zmienić charakterystyczny obraz.

Leczenie przypadku było i tylko takie być mogło, wyłącznie objawowe; wobec śmiertelnego najczęściej przebiegu tych zakażeń i wobec przeważających w nich objawów zatrucia nad objawami miejscowymi, (co je zbliża do zakażenia tężcowego i błoniczego), leczenie przyczynowe zapomocą surowicy zwierząt uodpornionych byłoby prawdopodobnie możliwem, a z pewnością pożądanem; praca Roux-Chamberlanda [24]) mogłaby w tym kierunku posłużyć za podstawę.

Wreszcie niech mi wolno będzie na tem miejscu złożyć gorące podziękowanie WP. Prof. O. Bujwidowi za życzliwe zajęcie się moją pracą i za cenne wskazówki, jakich mi zawsze chętnie użyczał, a WP. Prof. T. Browiczowi za pozwolenie zużytkowania materyału sekcyjnego.

Piśmiennictwo:

1) Compt. rend. T. LXXXV. 1877. p. 104. — 2) Mitth. a. d. Kais. Ges. B. I. 1881. — 3) Amer. Journ. of the med. sc. June 1888, — 4) Arch. f. path. Anat. B. CXXV. 1891. p. 75. — 5) Cbl. f. Bakter. B. XIII. 1893. p. 13—16. — 6) Virch. Arch. B. CXXXIII. 1893. H. 2. — 7) Charité-Ann. B. XX. p. 275. — 8) Soc. de Biol. 5 Nov. 1898. Sem. méd. 1898. N. 56. p. 454. — 9) Prager med. Woch. 1893. N. 1. — 10) Policlinico 1895. 1. marzo. — 11) Münch. med. Woch. 1893. Nr. 40. 12) Arch. per le scienze med. V. 20. Fasc. 4. p. 357. — 13) Berl. klin. Woch. 1882. N. 44. p. 661—665. — 14) Petersb. med. Woch. 1887. N. 51. — 15) Sem. méd. J. X. 1890. N. 43. — 16) Militär. med. Journ. St. Petersburg. 1898. p. 323. Ref. w Cbl. f. Bakter. B. XXV. 1899. p. 253. — 17) Magyar Orvosi Archivum 1892. Nr. 4. — 18) Ann. de l'Inst. Pasteur. T. IX. 1895. N. 7. — 19) ibid. N. 3. — 20) Cbl. f. Bakter. B. X. 1890. — 21) Journ. de méd. vét. 1888. p. 393. — 22) Ztsch. f. Hyg. u. Inf. B. I. 1886. — 23) Cbl. f. Bakter. B. XXV. 1899. N. 15—19. p. 606. — 24) Ann. de l'Inst. Pasteur. T. I. 1887. p. 561. — 25) l. c. p. 601. — 26) Ztsch. f. Hyg. u. Inf. B. VII. 1889. — 27) Cbl. f. Bakter. B. XVIII. 1898. p. 697. — 28) l. c. p. 600. — 29) Ztsch. f. Hyg. u. Inf. B. XVIII. 1894. p. 339. — 30) ibid. B. XVII. 1894.

III. Objawy i rozpoznanie różniczkowe duru brzusznego.

Podał

Dr. Walenty Jeż

Asystent c. k. szpitala Wilhelminy w Wiedniu.

(Ciąg dalszy).

Odczyn Widala. Pierwszą podwalinę dla odczynu Widala rzucili Pfeifer i Kolle. Badając własności surowic uodporniających, znaleźli wspomnieni badacze, że surowica zwierząt, uodpornionych przeciw durowi brzusznemu i cholerze, po wstrzyknięciu do jamy brzusznej zwierząt zdrowych nietylko je ochrania przed następowem zakażeniem, ale nadto działa w ten sposób na prątki do zakażenia użyte, że te ulegają rozpadowi ziarnistemu. Dalsze badania, w tym kierunku wykonane, wykazały, że owe własności rozpuszczające bakterye surowic zwierząt uodpornionych odnoszą się tylko do swoistych bakteryj, a więc, że surowica przeciwdurowa powoduje rozpad tylko bakteryj durowych. Następstwem tego odkrycia było, że owe własności surowic zwierząt uodpornionych zużytkowane zostały celem rozpoznania bakteryj. I tak n. p. łatwo rozróżnić było można przy pomocy surowicy przeciwdurowej, czy mamy do czynienia z prątkiem durowym lub nie, tem bardziej, że wobec *bact. coli* owych własności rozpuszczających (lysogene) surowica przeciwdurowa nie posiadała, i że własności owe, jak w ustroju zwierzęcym tak i w pracowni, na hodowlach sztucznych, dobrze uwidocznić się dały. Podobnie jak surowica zwierząt, uodpornionych przeciw bakteryom durowym, działa i surowica ludzi, którzy dur brzuszny przebyli; a mianowicie, jak to pierwszy Gruber, a prawie równocześnie z nim Pfeifer, wykazali, surowica osób po przebytym durze działa w ten sposób na bakterye durowe w hodowli bulionowej, że te utracają swoją ruchomość, w hodowlach bulionowych zbijają się w mniejsze lub większe grudki, i opadają na dno, pozostawiając w górze bulion zupełnie jasny. Naturalnie, własność tę surowic zużytkowano w badaniach klinicznych, o ile chodziło o stwierdzenie, czy dany osobnik przebył dur lub nie. Ciała, powodujące powyższe zachowanie się prątków, nie są istotami uodporniającemi, ani też bakteryobójczemi, ale, jak Gruber przypuszcza, są to tak zw. istoty aglutynujące (Aglutinine lub Globrinine), podczas gdy Pfeifer uważa je za ciała rozpuszczające (Paralysine).

Opierając się na wynikach przez wspomnianych badaczy uzyskanych, starał się Widal owe własności aglutynujące surowicy wykorzystać celem rozpoznania duru brzusznego, znajdującego się w pełnym rozkwicie. Badania, przeprowadzone przez Widala, rzeczywiście wykazały, że nietylko surowica ozdrowieńców, ale i surowica osób durem dotkniętych, posiada owe aglutynujące własności, i że, działając na prątki durowe surowicą osób podejrzanych na dur, można będzie, na podstawie zachowania się prątków durowych, rozpoznanie duru brzusznego w każdym przypadku rozstrzygnąć. — Widal podał w tym celu dwie metody — mikro- i makroskopową, które do dziś dnia są w użyciu. Próbę Widala wykonujemy w następujący sposób: Według przypadku, albo przez nacięcie żyły, lub też przez głębsze nakłócie opuszki palca lub ucha, otrzymujemy łatwo kilka sześciennych mm. krwi, którą zbiera się do wązkich rurek szklanych, poprzednio wyjałowionych i zapomocą centryfugi łatwo i prędko otrzymujemy potrzebną ilość surowicy. Tam, gdzie niema centryfugi, kilkogodzinne pozostawienie krwi w spokoju wystarczy do oddzielenia surowicy od ciałek morfotycznych krwi. Do pipety szklanej, opatrzonej podziałką, naciągamy surowicy i takową dodajemy do hodowli bulionowej prątka durowego, hodowli młodej, 6—12 godzinnej, a nie starszej nad jeden dzień. Dla dokładności przygotowujemy sobie co najmniej dwie mięszaniny, a mianowicie, mięszaninę, składającą się z jednej części surowicy i 10 części hodowli (1 : 10), oraz mięszaninę z jednej części surowicy i pięćdziesięciu części hodowli (1 : 50). Mięszaniny te pozostają w ciepłocie 37° C. Już po kilku godzinach widać, że hodowle stają się coraz to czyściejsze, a na dno opadają grudki żółtawe, — aglutynacya w toku. Po 24 godzinach aglutynacya jest zupełnie ukończona — i w przypadkach dodatnich bulion hodowli jest zupełnie jasny, czysty, a na spodzie próbówki znajdujemy osad żółtawy, który, jak się pod drobnowidem przekonać możemy, składa się z obumarłych prątków, ze sobą pozlepianych.

Drugi sposób wykonujemy przy pomocy drobnowidu, który to sposób, z powodu łatwego i nader szybkiego wykonania, w celach klinicznych jest obecnie powszechnie używany. Jest on następujący: z mięszaniny 1 : 50 bierzemy jedno oczko i oglądamy w kropli wiszącej, przyczem w przypadku dodatnim już po kilku minutach widzimy, jak bakterye durowe utracają swoje ruchy i zlepiają się w mniejsze lub większe kupki. W preparatach, służących do kontroli, a więc bez dodatku surowicy, prątki zachowują swoje wybitne ruchy i nie zlepiają się ze sobą.

Badania dalsze nad próbą Widala wykazały, że wynik jej zależy od jakości mięszaniny i od czasu potrzebnego do wystąpienia aglutynacyi. Dodając bowiem do hodowli durowej większe ilości różnych surowic, możemy się przekonać, że i surowice osób zdrowych lub też surowice osób, dotkniętych innemi chorobami, a w szczególności chorobami zakaźnemi, mogą dawać wyraźny odczyn Widala. I tak, może pojawić się on bardzo wyraźnie w mięszaninach 1 : 1 surowicy i hodowli, 1 : 10, a nawet 1 : 40, przy różnych chorobach. Dla duru brzusznego dopiero mięszanina 1 : 50 jest rozstrzygającą. Wypadnie w mięszaninie 1 : 50 wyraźna aglutynacya, to rozpoznanie prze-

chylić się musi na stronę duru brzusznego. Im mniej surowicy potrzeba do wywołania aglutynacyi, a więc im słabsza mięszanina i im krótszego czasu do tego potrzeba, tem rozpoznanie pewniejsze. Wartość więc rozpoznawcza próby Gruber-Widala polega na stosunku mięszaniny, surowicy i hodowli bulionowej prątków durowych, (dla celów rozpoznawczych tylko mięszanina 1:50 surowicy i hodowli może być rozstrzygającą) i na czasie, w którym aglutynacya występuje. Odczyn Widala ma tylko wtedy znaczenie rozpoznawcze dla duru brzusznego, jeżeli wyraźnie wystąpi w mięszaninie 1:50, tak w próbie makro, — jak w mikroskopowej. Szkoda tylko, że próba ta nie dość wcześnie występuje i nieraz nawet w przypadkach wybitnych dopiero w późnym okresie choroby się pojawia, czasem dopiero w okresie uzdrowienia. Ujemny więc wynik nie wyklucza duru i celem uzyskania pewnego wyniku należy próbę kilkakrotnie powtórzyć.

Dla lekarzy praktycznych próba ta ma wiele niedogodności, — dla tego też Widal, chcąc takowe choćby w części usunąć, polecił w ostatnim czasie zamiast hodowli żyjących, używać hodowli prątków obumarłych, które w metodzie makroskopowej zupełnie tak jak hodowle żyjące się zachowują. Widal polecił hodowle bulionowe z dodatkiem formolu (6 formolu na 150 części hodowli) — te mogą być do prób użyte nawet po trzech miesiącach.

Zmiany we krwi. Prócz małoznaczących zmian w ciałkach czerwonych, w zachowaniu się hemoglobiny i t. d., najważniejsze zmiany we krwi, jakie w przebiegu duru brzusznego spotykamy, odnoszą się do ilości ciałek białych. Jak wiadomo, chorobom zakaźnym towarzyszy stale zwiększenie się liczby ciałek białych we krwi, czyli pojawia się t. zw. leukocytoza. Dur brzuszny stanowi pod tym względem wyjątek ważny o tyle, że przebiega on wśród zmniejszenia się ilości ciałek białych *(leukopenia)*, przyczem ilość limfocytów jednojądrzastych stosunkowo do innych ciałek białych stale się zwiększa tak, że dochodzić może 57% wszystkich ciałek białych. W pierwszym tygodniu duru jest leukopenia najmniej wyraźna, a ilość ciałek białych nie wiele różni się od ilości prawidłowej; w dalszym okresie leukopenia występuje coraz to wyraźniej tak, że liczba ciałek białych wynosić może zaledwie 2,000 w 1 mm. ^{3} i nawet mniej. Curschmann widział w jednym przypadku 1400 w 1 mm.^{3} Prawie we wszystkich przypadkach zauważyć się daje, że z pogorszeniem się choroby ilość ciałek białych jeszcze więcej się zmniejsza, ciałka eozynochłonne już w początkach choroby znikają, a pojawiają się znów po ukończeniu sprawy chorobowej. Zmiany, jakie we krwi osób durowych napotykamy, a w szczególności zmniejszenie się liczby ciałek białych, są wyrazem działania jadu prątków durowych, który z jednej strony działa niszcząco na ciałka białe, z drugiej zaś narządy krwiotwórcze zostają w swej czynności przez te jady sparaliżowane tak, że ilość leukocytów mniej się wytwarzać może. Takie tłómaczenie zmian we krwi znachodzonych w przebiegu duru brzusznego wypowiedziałem w mej monografii o „durze brzusznym“, a doświadczenia Bohlanda rzeczywiście potwierdziły je i wykazały, że rzeczywiście jady prątków durowych należą do istot ujemnie chemotaktycznie na ciałka białe działających. Leukopenia we krwi durowych jest bardzo ważnym objawem rozpoznawczym, który sam dla siebie w pewnych warunkach umożebnia rozpoznanie duru brzusznego.

Zachowanie się i własności stolców. W przeważnej liczbie przypadków dur brzuszny rozpoczyna się zaparciem stolca, trwającem kilka pierwszych dni, poczem następuje rozwolnienie, które występuje bądź dobrowolnie po zaparciu, bądź też po zażyciu środka przeczyszczającego. Ilość dzienna stolców jest nie stała i zupełnie nie jest zawisłą od ilości wrzodów durowych i stopnia zajęcia jelit. Zdaje się raczej, że rozwolnienie zależy od większego lub mniejszego oddziaływania nerwów na jady durowe, i jest objawem nerwowo-toksycznym. Wejrzenie stolców w durze brzusznym jest bardzo cechujące. Są one płynne, barwy jasno-żółtej, która nadaje im pozór zupy grochowej, i ztąd nazwa „stolce grochowe“. Stolce te oddziaływują alkalicznie, zapach mają nadzwyczaj ostry, śmierdzący, amoniakalny. Po dłuższem staniu stolce durowe przedstawiają dwie warstwy, górna mętna, — płynna, barwy brudno-żółtej, dolna złożona przeważnie z części stałych, nieprzeźroczysta, zmięszana, z grudkami i strzępkami. W osadzie tym znajdujemy pod drobnowidem prócz ciał rozpadowych, żółto zabarwnione przybłonki jelitowe, białe i czerwone ciałka krwi, kulki tłuszczu, igiełki kwasów tłuszczowych, liczne kryształki trójfosforenów i niezliczoną ilość bakteryj. W późniejszym okresie choroby można w stolcach napotkać całe płaty, oddzielone z wrzodów; w razie krwotoków stolce przybierają barwę ciemną aż do czarnej, i dają obraz stolców krwawych (odczyn Teichmana).

W trzecim tygodniu choroby rozwolnienia ustępują, stolce stają się coraz to więcej zbite, aż wreszcie przybierają wejrzenie stolców prawidłowych. Pojawienie się stolców zbitych zwiastuje pomyślny zwrot choroby. W ciężkich przypadkach rozwolnienie utrzymuje się przez cały przebieg choroby, liczba stolców jest nadzwyczaj wielka; czasem chorzy co chwila je oddawać muszą i to nawet bezwiednie. Stolce płynne mają dla duru brzusznego znacznie rozpoznawcze, — pojawienie się stolców t. zw. „grochowych“ przemawia za durem brzusznym.

Mniejsze znaczenie rozpoznawcze ma kruczenie nad jelitem ślepem, które już w pierwszym tygodniu choroby się pojawia. Możemy je stwierdzić i przy innych cierpieniach, w szczególności przy schorzeniach jelit, w których nagromadzone gazy i płynne stolce dają powód do kruczenia; w każdym razie objaw ten w durze brzusznym znachodzi się dość często i wybadać się daje wcześnie tak, że przy istnieniu innych znamion i na ten objaw zwrócić należy uwagę.

Nieżyt oskrzeli *(Bronchitis)* w durze brzusznym pojawia się bardzo wcześnie. W większości przypadków już w pierwszym tygodniu choroby można go stwierdzić tak, że uważać go należy nie za powikłanie, lecz za objaw swoisty. Naturalnie, że tak jak wszystkie inne objawy, nieżyt oskrzeli może być rozmaitego natężenia, począwszy od zaostrzenia szmerów oddechowych, aż do słyszalnych świstów, gwizdów i niedźwięcznych rzrzeń, które szczególnie w dolnych płatach płuc wybitnie wysłuchać się dają. Często zdarzyć się może, że chorzy zgłaszają się do lekarza o radę z powodu suchego kaszlu i bólu w piersiach, u których przy dokładnem badaniu znachodzimy obrzęk śledziony, różyczkę, gorączkę i inne objawy, które bez wątpienia za durem brzusznym przemawiają, co też i dalszy przebieg choroby potwierdza.

Z postępem choroby nieżyt oskrzeli staje się coraz to wybitniejszy, co nas dziwić nie będzie, jeżeli zważymy, że w trzecim i czwartym tygodniu duru siły chorego są coraz to słabsze, wyniszczenie coraz to większe, chorzy zazwyczaj leżą w jednem ułożeniu, zwyczajnie na grzbiecie, co w następstwie pociąga za sobą niemożność odkrztuszania i dać może powód do wytwarzania się opadowego zapalenia płuc, zdradzającego się mniej lub więcej przytłumiono-bębenkowym wypukiem i obecnością dźwięcznych rzrzeń. Przy rozległem zajęciu płuc znajdujemy przyspieszenie oddechów, sinicę, obok tętna przyspieszonego i małego. Często dosyć wpływa to na podwyższenie ciepłoty ciała.

Stwierdzenie nieżytu oskrzeli ma dla duru brzusznego ważne znaczenie rozpoznawcze, co mianowicie w tych przypadkach jest prawie miarodajne, gdzie chodzi o choroby jelit i o ostre nieżyty kiszek. W tych ostatnich nigdy prawie nie znachodzimy nieżytu oskrzelowego tak, że obecność jego przy nieżycie kiszek każe spodziewać się obecności cięższego schorzenia, np. duru brzusznego. Natężenie nieżytu oskrzelowego nie zależy od natężenia choroby, a przyczyny jego

szukać musimy w działaniu jadów durowych na błonę śluzową oskrzeli.

Wejrzenie języka. Już wcześnie znajdujemy w durze brzusznym język, obłożony cienką, białą warstwą i wilgotny. Warstwa ta staje się coraz grubszą i przybiera barwę szarą lub szaro-żółtą. Przy końcu pierwszego tygodnia język staje się suchym, przyczem brzegi jego są zupełnie czyste i okazują barwę żywo-czerwoną. Suchość języka utrzymuje się dłuższy czas, a przyczyna jej leży w kilku czynnikach, do których zaliczyć należy: oddechanie przy otwartych ustach, zmniejszenie się wydzielania śliny, niedostateczne zwilżanie języka skutkiem nieprzytomnego stanu chorych i wreszcie gorączka, zazwyczaj wysoka. W drugim tygodniu warstwa namułu z języka prawie zupełnie znika, natomiast jest on suchy, czerwony, przy dotyku twardy, jak kawał deski i robi wrażenie zasuszonego kawałka surowego mięsa. Czasami język bywa pokryty masami zeschłemi, czarnemi i jest porozpadany. Oczyszczenie języka jest bardzo dla duru cechujące. Rozpoczyna się ono od brzegów języka, które wtedy przedstawiają czerwony wał, otaczający znajdujący się w środku brudno-żółty namuł. Koniec języka oczyszcza się w postaci trójkąta, swą podstawę ku podstawie języka zwróconego (*Typhusdreieck der Zunge*), Przy wystawianiu języka z trudnością tylko mogą go chorzy wysuwać z jamy ustnej, przyczem język wyraźnie się trzęsie.

Objawy nerwowe. Jak już sama nazwa wskazuje, dur brzuszny cechuje się pewnem zamgleniem, odurzeniem umysłu, czyli t. zw. stanem durowym (tyfoidalnym). Objawy takowego mogą w durze brzusnym przybrać najrozmaitszą cechę i są one zazwyczaj niestałe. Jedne przypadki cechują się tak małem zaburzeniem ze strony sfery nerwowej, że chorzy małą różnicę okazują od stanu prawidłowego, w drugich natomiast spotykamy wybitne zboczenia pod tym względem, bądź że chorzy są jakby pozbawieni władzy umysłowej, zupełnie obojętnie zachowując się na bodźce zewnętrzne, leżą jakby kawał drzewa (stupor), bądź też okazują stany podrażnienia, rozmaicie na zewnątrz objawiające się (deliria). Zaburzenia te w czynności sfery umysłowej pojawiać sie mogą w każdym okresie choroby, a nawet i w okresie ozdrowienia, o czem zapominać nie należy, by takich ozdrowieńców nigdy samym sobie nie pozostawiać.

Podnieść tu należy ból głowy, który do codziennych objawów duru brzusznego należy i stanowi w pierwszym okresie choroby prawie że najstalszy objaw. Bóle głowy występują bardzo wcześnie, już w okresie wylęgania choroby, i nieraz są one tak gwałtowne, że same dla siebie zmuszają chorego do szukania porady lekarskiej. Rzadko rozprzestrzeniają się one na całą głowę, najczęściej natomiast zajmują okolicę skroniową lub czołową i część potyliczną. Najczęściej dają się one uczuć choremu w pierwszym okresie choroby, później tracą na sile tak, że w trzecim tygodniu zupełnie prawie znikają. Rodzaj bólu jest rozmaity: tępy, przeszywający, kłójący i t. d.

Również bóle w stawach i mięśniach, dalej bóle wzdłuż przebiegu nerwów mogą występować w ciągu całego przebiegu choroby i w okresie ozdrowienia, a polegać się zdają na sprawach zapalnych w mięśniach i nerwach.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Wyciągi.

Hermann: **Przyczynek do obrazu klinicznego i rozpoznania pierwotnego raka płuc.** (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* T. 63, 1899). Objawy miejscowe w płucach wypukowe i przysłuchowe, nie mają nic cechującego dla nowotworu złośliwego; uderzającem jest nieraz jak przy małych zmianach w płucach występuje ciężkie schorzenie ustroju, ogólna chera. Dlatego też pilną należy zwrócić uwagę na zachowanie się wagi ciała; uwzględnić nadto zachowanie się ciepłoty, która z chwilą rozpadu ogniska nowotworowego wykazuje stany gorączkowe.

W miarę wzrostu guza i tworzenia przerzutów występują zastoje żylne. Przez ucisk na żyłę główną górną, albo grubszej jej gałęzi, uwidoczniają się porozszerzane żyły górnej połowy ciała po jednej lub obydwu stronach. Czasami wśród spostrzegania zmniejsza się zastój, gdy żyła nieparzysta (*v. azygos*) lub półnieparzysta (*hemiazygos*) objęły czynność zastępczą, albo gdy wytworzy się połączenie pomiędzy żyłą sutkową wewnętrzną a nadbrzuszną (*v. mamaria interna et epigastrica*). Często do obrazu żylnego dołącza się obrzęk odpowiedniej części ciała (np. na głowie, kończynie górnej) lub też obrzęk i pokręcenie naczyń siatkówki. Zastój naczyń płucnych zaznacza się dusznością, przerostem komory prawej serca, zaostrzeniem 2 go tonu nad tętnicą płucną. W dalszym następstwie występują objawy ucisku połyku, n. błędnego i spółczulnego, ztąd trudność w połykaniu, chrypka, nierówność źrenic. Ucisk na splot barkowy (*plexus brachialis*) wywołuje przez przerzuty w gruczołach zaburzenia w mięśniach kończyn górnych. W żebrach wytworzyć się mogą ubytki, nawet przebicie.

Badanie drobnowidowe wysięku opłucnowego, który często towarzyszy nowotworowi płuc, może dać pewne wskazówki rozpoznawcze; znaleźć bowiem można w nim czasem strzępy nowotworowe, oraz gromady komórek, mających podobieństwo do nowotworowych, zawierające znaczne ilości tłuszczu (Japha); te ostatnie znachodzić się jednak mogą i w wysiękach gruźliczych. Ilość wysięku i jakość jest zmienną i nie jest cechującą dla nowotworu; tylko obecność limfy w wysięku zdarza się częściej w nowotworach. (A. Fränkel). Grube zrosty opłucnowe powodują zapadnięcie odpowiedniej strony klatki piersiowej, pomimo obecności płynu; na objaw ten „rétrécissement thoracique", jako ważny szczegół rozpoznawczy zwrócił uwagę A. Fränkel. Ważniejsze wskazówki rozpoznawcze dać może plwocina, która bywa zwykle krwawa, a zabarwieniem przypomina polewkę ze śliwek, obficie śluzowa, a ciągnąca się tak, że z naczynia trudno wylać się daje. Drobnowidowe badanie wykazuje obok stłuszczonych komórek nabłonkowych z oskrzeli, pęcherzyków płucnych i jamy ustnej, czasami duże o nieregularnych kształtach komórki, ułożone w skupieniach dachówkowato na sobie, które wewnątrz zawierają większą lub mniejszą ilość barwika. Występują one zazwyczaj obok dobrze utrzymanych lub rozpadłych czerwonych ciałek krwi. Twory te mają być charakterystyczne dla nowotworu. W rzadkich przypadkach wykrztusza chory kawałki nowotworowe. —

Należy często badać i śledzić za przerzutami w gruczołach szyjnych, podszczękowych, podpachowych i pachwinowych, gdyż nieraz stwierdzić można jak na pozór drobne gruczoły wśród spostrzegania, powiększając się, tworzą później całe pakiety. Rodzaj nowotworu złośliwego wyjaśnić może tylko badanie strzępów nowotworowych lub wyciętego gruczołu.

Dobrotliwe nowotwory, jak tłuszczaki, włókniaki, chrzęstniaki, kostniaki nie dają wyraźnych klinicznych objawów. Opisywane torbiele skórzakowe cechują się obecnością włosów w plwocinie. Nowotwory te nie wywołują oczywiście chery i nie tworzą przerzutów.

Trudno nieraz odróżnić nowotwór złośliwy płuc od gruźlicy, gdyż brak prątków jeszcze nie rozstrzyga; należy badać wysięk, a przeważnie śledzić za gruczołami i badać plwocinę. Badanie plwociny i dokładne wywiady pozwolą rozróżnić zgorzel płuc od gruźlicy.

Bąblowiec rzadziej zajmuje płuca, a w plwocinie cechuje się obecnością haczyków; promienicę również wykaże mikroskop. By odróżnić tętniaka tętnicy głównej, należy zwrócić uwagę na objaw Olivera i uciec się do prześwietlenia promieniami Röntgena.

Szczegółowe wywiady i zmiany kiłowe w innych narządach ułatwią rozpoznanie kiły. *Dr. Rencki.*

Dr. Juwaczew. **Leczenie rzeżączki cewki moczowej przepłókiwaniami zapomocą nowego cewnika z wstecznym prądem.** *(Wracz* 1899 Nr. 36 i 37). Znany powszechnie sposób Janeta leczenia rzeżączki ma tę wadę, iż bez potrzeby jesteśmy zmuszeni przepłókiwać pęcherz moczowy, co, zdaniem autora, daje powód do powstawania różnych powikłań tak ze strony samego pęcherza, jakoteż gruczołu krokowego i przyjądrza. Chcąc usunąć tę wadę autor obmyślił i zrobił nowy cewnik żłobkowany, mający długości 12 ctm., — a grubością odpowiadający Nr. 16—18 skali Charrierowskiej. Zakończa się ten cewnik lekko zgiętym dziobem. Wzdłuż zewnętrznej powierzchni cewnika biegną 4 rowki, na końcach których znajdują się niewielkie okienka dla odpływu wstrzykiwanego płynu; na poprzecznym przekroju cewnik ma kształt krzyża z zaokrąglonymi końcami.

Autor wprowadza cewnik aż do szyjki pęcherza moczowego, a wtedy spływający z wysokości płyn przez światło cewnika dochodzi do okienek, tędy wydostaje się do rowków cewnika, którymi wypływa na zewnątrz, przepłókując po drodze całą cewkę moczową i nie dostając się do pęcherza. Cewnika tego używał autor w 100 przypadkach rzeżączki ostrej i przewlekłej, zawsze z b. dobrym wynikiem: bóle przy oddawaniu moczu rychło ustępowały, wypływ z cewki zmniejszał się i po 2 tygodniach znikał całkowicie, nitki rzeżączkowe znikały z moczu w końcu 3-go tygodnia od początku leczenia. Przepłókiwania cewki moczowej zapomocą swego cewnika stósował autor codziennie; dla wyleczenia rzeżączki ostrej potrzeba było przeciętnie 24 przepłókiwań, w przypadkach zaś przewlekłych — 27; powikłań żadnych autor nigdy nie zauważył; we wszystkich przypadkach otrzymał zupełne wyleczenie (przez zupełne wyleczenie pojmuje autor: 1⁰ brak wszelkiego wypływu z cewki, nawet przeźroczystej kropli z rana; 2⁰ zupełną przeźroczystość moczu; 3⁰ zupełny brak nitek w moczu i 4⁰ ujemny wynik badania drobnowidowego po wstrzykiwaniu drażniących rozczynów azotanu srebrowego). Płyn użyty do przepłókiwania tylko w jednym przypadku dostał się do pęcherza; przypadek ten jednak daje się wytłomaczyć tem, iż pod wpływem długotrwałej (6 lat) rzeżączki nastąpiło osłabienie zwieracza pęcherza. Do przepłókiwań cewki używał autor rozmaitych rozczynów (sublimatu, azotanu srebrowego, soli kuchennej); najbardziej jednak dodatnie wyniki i bez żadnych powikłań otrzymywał przy stósowaniu nadmanganianu potasowego (1:4000). W 16 wreszcie przypadkach stósował autor nadmanganian potasowy ogrzany do 46⁰ C. iwe wszystkich przypadkach otrzymał zupełne wyleczenie bez żadnych powikłań, przyczem potrzebna ilość codziennych przepłókiwań wynosiła przeciętnie 17. Wobec tych wyników poleca autor gorąco w rzeżączce ostrej i przewlekłej przepłókiwanie cewki moczowej ogrzanym do 46⁰ C. rozczynem (1:4000) nadmanganianu potasowego zapomocą nowego cewnika. (Podobny cewnik, lecz o 5 rowkach i o 5 okienkach, tudzież bez końcowego zagięcia przedstawił Dr. Schütze na Zjeździe balneologicznym w Berlinie, w r. 1895. Przyp. spraw). *Dr. Gliński.*

Katzenstein. **Badania doświadczalne w sprawie łączenia jelit.** *(Deutsche med. Wochens.* 1899, Nr. 41). K. poszukiwał sposobu łączenia jelit, szybszego, niż zwykle używane szwy, a pewniejszego, niż guzik Murphyego, który bywał już przyczyną nader niekorzystnych wyników. W tym celu próbował K. wywołać sztucznie produktywne zapalenie otrzewnej w miejscu połączenia pętli jelitowych, aby osiągnąć szybsze zlepienie się powierzchni surowiczych i silniejsze zrosty. Przydatną do tego okazała się glutenkazeina. U psów wywołuje ona w miejscu swego zastósowania szybko silne zrosty otrzewnowe. Po poprzecznem przecięciu jelita cienkiego, posypaniu brzegów rany tym środkiem i połączeniu obu odcinków kilku szwami, zrastało się jelito nadspodziewanie szybko i silnie; w żadnem z doświadczeń nie wydostała się treść jelita do otrzewnej, co tem więcej zastanawiało, że jelita nie były przed operacyą opróżniane. Dobroć użytego sposobu sprawdzał K. zapomocą pomiarów hydrostatycznych wytrzymałości jelita po operacyi; z pomiarów tych wynikało, że przy zwykłym szwie wytrzymałość jelita w linii połączenia przez cztery dni po operacyi statecznie opada, tymczasem po użyciu glutenkazeiny, pomimo zrzadka założonych szwów tymczasowych, stale i szybko wzrasta. Podobnie korzystne wyniki, jak na psach, dało użycie glutenkazeiny w 20 doświadczeniach na królikach. Wreszcie sprawdzał jeszcze K. wyniki te zapomocą doświadczeń z przecinaniem i zespajaniem jelit u psów i królików, używając tejsamej ilości szwów, ale nie używając glutenkazeiny. Wszystkie doświadczenia te skończyły się śmiercią zwierząt z powodu zapalenia otrzewnej, wywołanego przez nieszczelność zespojenia. *Z.*

Elmassian. **O pewnym prątku, spotykanym w drogach oddechowych i jego stosunku do prątka grypy Pfeiffera.** *(Annales de l Inst. Pasteur* 1899, Z. 8). E. napotkał w plwocinach dzieci i dorosłych w przebiegu rozmaitych chorób narządu oddechowego (krztusiec, gruźlica, zapalenie płuc) prątki małych rozmiarów, które znalazł również w 3 na 6 przypadków grypy, okazujących typowe cechy kliniczne tej choroby. Prątki, znalezione przez E., posiadają wiele wspólnego z prątkami grypy, opisanymi przez Pfeiffera, a różnią się tylko tem, że rozwijają się równie dobrze na agarze z krwią, jak i na agarze z surowicą, nie zawierającym hemoglobiny, na którym prątek grypy, według Pfeiffera, nie rośnie. Prątek E. znajduje się w plwocinach rozmaitych chorych niestale i w bardzo zmiennej ilości, niekiedy bardzo skąpo, niekiedy zaś tak obficie, że możnaby mu bez wahania przypisać jakieś znaczenie chorobotwórcze. Wobec tego nasuwa się pytanie, czy prątek E. jest pospolitym saprofitem, czy też może niekiedy bywa saprofitem, a kiedyindziej zdolnym się staje wywołać jakąś sprawę chorobową, podobnie jak dwoinki zapalenia płuc *(pneumococcus)*. Stwierdzono bowiem, że dwoinki zapalenia płuc mogą znajdować się w charakterze saprofitów w jamie ustnej lub nosowej zdrowych osobników, że jednak mogą one także być przyczyną zakaźnych zapaleń płuc i opon mózgowych. Sposoby badania bakteryologicznego, dotychczas znane, nie wystarczają jednak na to, aby rozróżnić można napewno pneumokoki jadowite od niejadowitych; nawet doświadczenia na zwierzętach wydają wyniki niedostateczne w takich przypadkach, gdzie kliniczne objawy biegunowo się od siebie różnią. Wobec tego wszystkiego dochodzi E. w końcu do następujących wniosków: różnica między wykrytym przez niego prątkiem, a prątkiem grypy Pfeiffera jest zbyt drobną, aby prątki te od siebie można oddzielać, temwięcej, że E. wykazał swój prątek także w 3 przypadkach typowej grypy. Zdaje się zatem, że prątek Pfeiffera, którego przyczynowe znaczenie w powstawaniu grypy nie wychodzi poza prawdopodobieństwo i nie jest dotychczas stanowczo udowodnione, — jest jednym z tych drobnoustrojów, które mogą znajdować się, jako saprofity, na błonach śluzowych dróg oddechowych, a które mnożą się i nabierają własności chorobotwórczych w przebiegu innych zakażeń narządu oddechowego (krztusiec, zapalenie płuc itd.). *Doc. Ciechanowski.*

Czerny. **Wodogłowie a niedokształt nadnerczy.** *(Centralbl. f. allgem. Pathologie u. pathol. Anatomie* T. 10, Z. 7). Wstrzykując szczurom białym do komórek mózgowych rozczyn błękitu berlińskiego, spostrzegł C., że barwik ten daje się potem wykazać najwcześniej w naczyniu limfatycznem, zdążającem ku gruczołom limfatycznym miednicy, a rozgałęziającem się przedtem ku nadnerczu, co zdawało się C. wskazywać na jakiś związek wodogłowia z czynnością nadnercza. Badanie drobnowidowe nadnerczy w 5 przypadkach wodogłowia u osesków wykazało zupełny brak istoty rdzennej; braku tego nie było u 20 osesków, nie dotkniętych wodogłowiem. Z tego wnosi C., że niedokształt nadnerczy pozostaje w związku przyczynowym z powstawaniem wodogłowia. *C.*

Lehmann. **Zawartość kwasu węglowego w powietrzu wdechanem w pokoju i w wolnej przestrzeni.** *(Archiv. f. Hygiene.* T. 34. Z. 4). Wbrew dotychczasowym zapatry-

waniom wykazuje L. doświadczalnie, że różnica zawartości CO_2 w powietrzu, wdechanem w pokoju i w miejscach otwartych jest znacznie większa, niż się przypuszcza. Nawet w pokojach dobrze przewietrzanych, zachowując zupełny spokój (siedząc lub stojąc), wykazywali badani w powietrzu wdechanem 2·5 do 3·5‰ CO_2, a w pewnych razach, chociaż powietrze nie było jeszcze do najwyższego stopnia zanieczyszczone — aż 6—7‰. W otwartej przestrzeni ilość CO_2 w powietrzu wdechanem wynosi natomiast średnio 0.4‰.

S.

Dr. Max Nassauer: **Przczynek do leczenia krwawień z części rodnych kobiecych.** (Dalsze doświadczenia nad działaniem styptycyny). *(Mont. f. Geburtsh. u. Gynaek. T. IX. Sptab.).*

Autor stósował w roku 1895. styptycynę przeciw krwawieniom z części rodnych; w poprzednich publikacyach uwzględnił jej działanie w 150 przypadkach, gdzie leczono nią bez względu na przyczynę, wywołującą krwawienie, W niniejszej publikacyi opiera swe wywody autor na 30 przypadkach, dobieranych stosownie do poprzedniego doświadczenia klinicznego. Styptycynę, która jest przetworem narkotyny, stósował autor drogą wstrzykiwań wśródmiąższowych po 0·20, dokonywanych w okolicę pośladkową i często już po jednorazowem wstrzyknięciu otrzymywał zupełne ustanie krwawień. Doświadczenie kliniczne przekonało autora, że styptycyna nie działa zupełnie w przypadkach, gdzie powodem krwawień jest złe zwinięcie się macicy; działa zaś bardzo niepewnie w krwawieniach z powodu zmian przerostowych zapalnych błony śluzowej macicy. Działanie dobre i bardzo szybkie zauważył autor przy włókniakach, gdzie jeszcze nie było zmian następowych w błonie śluzowej, przy miesiączkowaniu boleśnem i krwawieniach, w których tło anatomiczne nie jest jasne, jakoteż, co najważniejsze, w schorzeniach przydatków i tkanek okalających macicę. Krwawienie, towarzyszące rakowi, czasami styptycyna chwilowo wstrzymuje. Działań ubocznych styptycyna nie wywołuje. Jeżeli są przeszkody do stósowania jej drogą wstrzykiwań, to można ją podawać wewnętrznie w postaci pastylek po 0·05 do 12 pastylek w ciągu dnia. *St. D.*

Dr. E. Wertheim (Wiedeń): **Referat o 52 wykonanych operacyach mięśniaków macicy.** *(Wiener klinische Wochenschrift*, Nr. 21, 1899). Zgodnie z wielu innymi twierdzi Wertheim, że w każdym pojedynczym przypadku zastanowić się należy, czy trzeba operować i w każdym nadającym się do operacyi przypadku należy dokładnie wyszukać wskazanie, jakiej metody powinno się użyć. W 34 przypadkach operował od strony pochwy, z których w 25-ciu musiał uciec się do rozkawałkowania. Tym sposobem można operować tam, gdzie guz nie sięga powyżej pępka, a chora nie jest bardzo niedokrewną i wyniszczoną.

Przy większych włókniakach operacya tym sposobem trwałaby daleko dłużej, niż przez laparotomię i upływ krwi byłby znaczniejszy. U osób niedokrewnych lub z wadami organicznemi serca nie powinno się tą drogą operować guzów większych od głowy dziecka. W operacyach przez pochwę notuje W. jeden przypadek śmierci w 8 godzin po operacyi z powodu zapadu. W innych przypadkach operuje przez laparotomię, lecz szyjkę macicy o ile możności pozostawia, żeby utrzymać jeszcze część błony śluzowej, zdolnej do czynności fizyologicznej. Szypułę opatruje śródotrzewnowo. Całą macicę, wraz ze szyjką, usuwa tylko 1) w przypadkach podejrzanych o złośliwą przyrodę guzów; 2) gdy sama szyjka jest zajętą; 3) przy zakażeniu jamy macicznej; 4) przy ropieniach w miednicy.

W tej seryi miał jeden przypadek zejścia śmiertelnego wskutek wylania się ropy ze zropiałej trąbki macicznej do jamy otrzewnowej w czasie operacyi.

Dr. E. Karchesy.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Tannopinum, połączenie taniny z sześciometylowo-tetraminem, jest środkiem przeciwbiegunkowym, o tyle cenniejszym od od innych, iż łączy dwa działania: ściągające kwasu garbnikowego i przeciwgnilne urotropiny, które to działania objawiają się w jelicie cienkim. Fröhlich (*Münch. med. Wochensch., Nr. 29, 1899)* stósował ten przetwór w przypadkach ostrego i przewlekłego nieżytu jelitowego, a działanie tego leku było zadowalniające. Dawka wynosiła dla dzieci 0·25—0·5 trzy do pięciu razy dziennie, dla dorosłych 0·5—1·00 3—4 razie dziennie. Działania ubocznego autor nie zauważył nawet u osesków. *J. L.*

Sirolinum jest to 10% rozczyn tiokolu w syrupie pomarańczowym, a zaleca go Bockes. Przy podaniu tego środka w gruźlicy płucnej w przypadkach początkowych zauważył on znaczne polepszenie; kaszel, połączony z częstem krwioplucieni, stawał się rzadszy, ilość plwocin zmniejszała się, a podobnie i zmiany miejscowe. To samo zauważył autor przy leczeniu przypadków daleko posuniętych gruźlicy. Chorzy zażywają sirolinę chętnie. *(Klin. therapeutische Wochenschrift, Nr. 35 i 36, 1899).* *J. L.*

Tannigen został wypróbowany przez Cronkhitea *(Medical Review May. 1899)* przy sposobności nagminnie panującej czerwonki; działanie tanigenu, który podawał w 23 przypadkach (przeważnie dzieciom) bez dodatków albo też z dodatkiem kalomelu, we wszystkich, z wyjątkiem dwóch, okazało się szybkie i pewne. Autor zaleca tanigen bardzo gorąco.

Również Cioja *(Il. Morgagno Nr. 22, 1899)* stósował tanigen w czerwonce z bardzo dobrym skutkiem. *J. L.*

Griwcow *(Aerztl. Rundschau; Nr. 22, 1899)* stósował europhen w wrzodzie miękim z dobrym skutkiem, także w takich przypadkach, w których jodoform i inne środki nie skutkowały.

J. L.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 18 października 1899 r.

Przewodniczy kol. prezes prof. Pieniążek. Członków obecnych 38.

Przewodniczący wita kol. prof. Kadera, pierwszy raz uczestniczącego w posiedzeniu. Następnie zawiadamia, że zabiegi, mające na celu wprowadzenie lekarza do Komisyi podatku zarobkowego, zupełnie spełzły na niczem.

I. Kol. prezes przedstawia dwa przypadki gruźlicy krtani, które były przeznaczone do przedstawienia na poprzedniem posiedzeniu. Wykonano u tych chorych z powodu duszności tracheotomię, a następnie później laryngofisusę z usunięciem utworów gruźliczych. Chociaż usunięcie złogów nie mogło w tych przypadkach być doszczętne, jednak można było następnie usunąć kaniulę tracheotomijną i umożliwić oddychanie drogami naturalnemi. Głos jednej z chorych poprawił się znacznie.

II. Kol. prof. Browicz wygłasza wykład: »O wchłanianiu krwinek czerwonych przez komórkę wątrobną i obrazach, ztąd powstać mogących, jakoteż o drogach odżywczych w komórce wątrobnej«. Wykład połączony jest z projekcyą elektryczną obrazów.

Prelegent zdaje sprawę z badań wątroby psa, któremu wstrzykiwał do krwi rozczyn hemoglobiny Mercka. Znalazł on, iż komórki wątrobne mogą pochłaniać nie tylko pojedyncze krwinki czerwone, o czem podał wiadomość w pracy p. t. »Jak i w jakiej postaci otrzymują komórki wątrobne hemoglobinę« (Rozprawy Wydz. matem.-przyr. Akademii Umiejętności w Krakowie t. 34, 1897), ale znaczniejszą ich ilość. Gromadki krwinek leżą wtedy w ściśle odgraniczonych przestworach wśród cytoplazmy komórki. Krwinki czerwone ulegać mogą przemianom, skupiają się w jednolite masy i tworzyć mogą bezbarwne, kuliste twory, w niezabarwionych preparatach szklistego wejrzenia. Te kule barwią się eozyną, kwasem pikrynowym, fuksyną. Ponieważ mikroskopowe obrazy badanych komórek wogóle są obrazami jednego tylko okresu czynności i stanu komórki, przeto nie można oznaczyć, co w razie trwania życia komórki wątrobnej, a więc w późniejszych okresach, z temi kulami się dzieje. Prawdopodobnie substancya z krwi-

nek powstała dalej przez komórkę przerobioną być może. Kule te przypominają twory, jakie się dostrzega także w komórkach mięsaków, raków, jako twory wewnątrzkomórkowe, ciałka fuksynowe Rüssla itp. Szereg obrazów przejściowych, które prelegent podaje, wskazują, iż twory wewnątrz-komórkowe także z krwinek czerwonych powstawać mogą. Następnie podaje prelegent, iż na podstawie szeregu obrazów komórki wątrobnej w wątrobach muszkatołowych człowieka, jakoteż w wątrobach psów, którym wstrzyknięto do krwi rozczyn hemoglobiny Mercka, doszedł do wniosku, iż w komórce wątrobnej prócz stałych dróg, kanalików wywozowych, którymi żółć z komórki dostaje się do przewodów międzykomórkowych, o których donosił w r. 1897, istnieją jeszcze stałe drogi dowozowe, będące w ścisłym związku z naczyniami krwionośnemi włoskowatemi, któremi substancye odżywcze i czynnościowe wnikają ze krwi aż w jądra komórki wątrobnej. Prelegent nazywa je drogami a względnie kanalikami odżywczymi.

Następnie zestawia prelegent wyniki swych badań nad komórką wątrobną, od r. 1897 w publikacyach Akademii ogłaszanych (Rozprawy Wydz. matem.-przyr. Akademii Umiejętności t. 34, 37 i 38) w następujących punktach:

1) Wśród substancyi jądra komórki wątrobnej poczynają się drogi czy kanaliki żółciowe, które łączą się bezpośrednio z takiemiż drogami czy kanalikami wśród cytoplazmy komórki wykazanymi, te zaś łączą się znowu bezpośrednio z kanalikami żółciowymi międzykomórkowymi.

2) Prócz wewnątrzkanalikowych drog żółciowych istnieją odrębne, stałe drogi, będące w ścisłym związku z naczyniami krwionośnemi włoskowatemi, które prelegent drogami czy kanalikami odżywczymi nazywa, którymi komórka wątrobna substancye odżywcze i czynnościowe otrzymuje.

3) W komórkę wątrobną wnikają temi drogami prócz płynnych substancyj także krwinki czerwone, które dostają się wreszcie do jądra komórki i tworzą materyał przerabiany przez substancyą jądra na żółć a względnie barwiki żółciowe.

4) Jądro komórki wątrobnej spełnia czynność wydzielniczą.

5) Komórki wątrobne mogą w pewnych warunkach pochłaniać znaczną ilość krwinek czerwonych, które gromadzą się w ściśle odgraniczonych przestworach, wakuolach.

6) Ze skupionych, zmienionych i zlewających się ze sobą krwinek czerwonych powstać mogą jednolite, kuliste twory, które figurują jako twory wewnątrzkomórkowe, barwią się kwasem pikrynowym, eozyną, fuksyną.

7) Powstawanie wakuol w komórce wątrobnej tak w cytoplazmie jakoteż w jądrze, wypełnionych różną treścią, zależy tak od istnienia stałych dróg, kanalików dowozowych, jakoteż wywozowych. Wakuole są tylko wyrazem przekrojów rozszerzonych, fizyologicznych kanalików.

Kol. Docent Nowak podnosi, że jak dla patologii ważnem było odkrycie komórki i utworzenie patologii celularnej, tak i zapatrywania prof. Browicza są w stanie zapłodnić naukę. W komórkach bowiem znajdujemy zmiany, ale nie znamy ostatecznych przyczyn tych zmian. Być może w przyszłości będziemy oznaczać zmiany poszczególnych »narządów komórki«, jeżeli się można tak wyrazić. Nie znamy np. pochodzenia odporności (imunizacyi), prawdopodobnie jednak siedziby tych zmian nale...oby szukać nie w płynach, limfie, lecz w komórkach. Otóż zmiany takie łatwiej poznamy, gdy znaną nam będzie delikatniejsza budowa komórek, uzdolniająca je do czynności najróżnorodniejszych.

Prelegent zwraca uwagę, że obecnie nie trudnem jest wytłómaczenie tych przypadków żółtaczki, gdzie czynników mechanicznych — ani w miąższu wątroby, ani poza wątrobą wykazać nie można. Przyczyna musi leżeć w schorzeniu samej komórki. Myśl ta rzucona była już dawno przez Liebermeistra i Minkowskiego. Drogi dowozowe i żółciowe leżą w komórce blisko siebie i może nastąpić przebicie z jednych do drugich. Toteż, jak wykzaali Wertheimer i Meyer (Francuzi) — w pewnych stanach chorobowych żółć może zawierać hemoglobinę, jako taką.

Kol. prof. Hoyer oświadcza, że nie może się zgodzić z prelegentem w wielu punktach. Choćby się nawet przyznało istnienie dróg wyprowadzających żółciowych, to wyniki nastrzykiwań do udowodnienia dróg doprowadzających są niewystarczające. Sam prof. Hoyer robił dużo nastrzykiwań, nigdy jednak masa użyta nie przechodziła poza naczynia włosowate, jeżeli te nie zostały przedarte. Przytem Kupffer i Ranvier udowodnili, że naczynia włosowate wątroby nie składają się z komórek śródbłonkowych, lecz tworzą jednolitą rurę. Prędzej możnaby przypuścić, że istnieje fagocytoza, która pośredniczy w przechodzeniu ciałek czerwonych przez naczynia włosowate. Niekoniecznie także jest przypuszczać, że wszystkie komórki wszystko wytwarzają, może istnieć podział pracy. Jedne komórki wytwarzać mogą żółć, inne zaś inne substancye. W ślinianakach mamy fakt analogiczny, *lunlae Gianuzzi* są to komórki w stanie spoczynku.

Kol. Nowak twierdzi, że przenikanie komórek przez »syncytium« nie ulega najmniejszej wątpliwości. Prof. Hoyer zgadza się na przenikanie ciałek białych, przeczy jednak przenikaniu ciałek czerwonych. Na istnienie kanalików będzie się można zgodzić, gdy się okaże, że są to drogi stałe.

Kol. prof. Klecki oświadcza, że demonstrowane obrazy nie zmuszają, mianowicie co do dróg odżywczych, do przyjęcia, iż są to drogi preformowane. Jeżeli taką przestrzeń widzimy w sąsiedztwie ciałka czerwonego, znajdującego się w komórce wątrobowej, to może być ona wynikiem tego, co się już stało, a więc przesunięcia się ciałka. Byłoby to zatem dowodem własności przeprowadzania pewnych tworów drogami niejako dowolnemi.

Kol. Prof. Browicz odpowiada na uwagi prof. Hoyera, że przechodzenie części rozpuszczonych przez naczynia włosowate nie ulega najmniejszej wątpliwości, inaczej niemożliwem byłoby odżywianie. Ale tak samo niewątpliwem jest przechodzenie ciałek białych i przedostawanie się ciałek czerwonych do prawidłowych komórek wątrobowych psa. Wobec tych faktów odpowiedź na pytanie, jaką jest budowa naczyń włosowatych w wątrobie, jest rzeczą względnie obojętną. Słuszną jest uwaga, że między komórkami wątrobowemi może istnieć podział pracy, jednak to pewna, że wszystkie komórki wytwarzają żółć, gdyż wszystkie zawierają przewody. Co do drugich dróg wywozowych, to można to tylko uważać za prawdopodobne. Co do wyników nastrzykiwań, to należy zaznaczyć, że jeden fakt niewątpliwy więcej znaczy, niż setki ujemnych. Wyniki te bowiem zależą od rozmaitych czynników i często napotykamy całe partye naczyń włosowatych nie nastrzykane. Kol. Kleckiemu odpowiada prelegent, że kładł nacisk, iż hemoglobina w cytoplazmie lub jądrze komórki gromadzi się w przestworach ściśle odgraniczonych, a nie wsiąka w całą komórkę. Tworzenie dróg dowolnych jest nieprawdopodobne, gdyż przez ciągle się powtarzające rozdzieranie protoplazmy musiałoby prowadzić do zniszczenia komórki. Także i tłuszcz w komórkach gromadzi się prawdopodobnie w przestworach preformowanych.

Sekretarz doroczny: *Dr. Ksawery Lewkowicz.*

VII. Sprawozdanie ze Zjazdu niemieckiego Stowarzyszenia higienicznego, odbytego w czasie od 13—15 września w Norymberdze.

Podał

Dr. Jan Buszek

fizyk m. Krakowa.

(Ciąg dalszy).

Następnie mówił prof. Dr. Heim: *O potrzebie większej schludności przy drobnej sprzedaży artykułów żywności.* W słowach drastycznych przedstawiał referent rażące niedostatki przy sporządzaniu, przechowywaniu i przewożeniu najniezbędniejszych artykułów żywności. Bijącą w oczy jest niechlujność przy wyrabianiu chleba. Badania, dokonywane w tym kierunku w Londynie i Berlinie, wykazały straszny stan. Ale także przy dobywaniu i sprzedaży mleka, mięsa, wędlin, piwa i t. p. bywa niechlujstwo rażące. „Tylko P. Bóg może jeść kiełbasę“, mówi Jean Paul, „bo tylko P. Bóg wie, co w niej jest“. Mogą one nietylko budzić odrazę, ale także szkodzić zdrowiu i przyczyniać się do szerzenia chorób zaraźliwych. W handlach artykułów spożywczych nie należy trzymać kotów, psów i t. d. Zwykle sypialnie znajdują się w połączeniu z kuchniami.

W koszarach powstają często endemie wskutek niechlujstwa. Temu złemu mniej potrafią zaradzić ustawy i rozporządzenia, jak raczej wychowanie i przyzwyczajenie ludności do większej czystości;

stósowne pouczenie w szkołach, z uwzględnieniem głównie gospodarstwa domowego, zaopatrzenie miejscowości w dobrą wodę itp. Zakłady dla badań artykułów spożywczych należy znacznie pomnożyć i obsadzić odpowiednio wykształconymi ludźmi. Na prowadzenie handlów potrzeba ustanowić zupełnie odrębne warunki. Handle takie należy regularnie nadzorować. Wnioski swoje streszcza referent w następujący sposób:

1) Wielka jest niechlujność przy wyrabianiu chleba, przy sprzedaży wędlin, mięsa, piwa i innych środków spożywczych, jak nie mniej środków użytku codziennego w wielu sklepikach, handlach i kuchniach.

2) Jako następstwo tego niechlujstwa jest nietylko nieapetyczność środków wymienionych, ale mogą być one zdrowiu szkodliwe i szerzyć choroby zaraźliwe.

3) Zapobiedz temu można mniej drogą szczegółowych przepisów, aniželi:

a) przez rozporządzenia, dotyczące warunków przy udzielaniu pozwoleń na prowadzenie właściwych przedsiębiorstw;

b) przez pomnożenie zakładów dla badania artykułów spożywczych, jakoteż pomnożenie funkcyonaryuszów, mających objeżdżać większe obwody;

c) przez pouczanie i przyzwyczajanie ludności do większej schludności: w szkołach zapomocą stósownego pouczania, w życiu publicznem przez: zaopatrzenie miast, w ogóle gmin, w dobrą wodę, usuwanie nieczystości kloacznych w sposób odpowiedni, nadanie sposobności dla każdego, aby mógł schludność zachować, przez urządzenie kąpieli ludowych.

W rozprawach uskarża się Dr. Jäger, że nasze gospodynie okazują za mało interesu dla tej sprawy. One powinny być pionierkami skutecznej policyi targowej. Brudny kramarz nie obawia się małej grzywny, tylko utraty klienta, który od niego kupuje. Dr. Lent nie spodziewa się wiele osiągnąć przez ustawy i rozporządzenia. Stowarzyszenie do'no-reńskie dla higieny publicznej wiele zrobiło przez krótkie popularne pouczenie w książkach szkolnych. Zwraca głównie uwagę na dziennikarstwo, w pierwszym rzędzie na literaturę niedzielną. Tu jest droga do działania na szerokie masy ludu. Dr. Weil tłómaczy, jak w wielkich miastach brak miejsca obraca w niwecz najlepsze zamiary. Radzi zaprowadzić na wzór angielski inspektorów przemysłowych sanitarnych. Prof. Erismann i Dr. Braun zalecają poparcie ze strony stowarzyszeń konsumcyjnych, bo te potrafią najłatwiej dopilnować należytej schludności.

Trzeci i najważniejszy przedmiot obrad stanowiło: *Znaczenie i zadanie lekarza szkolnego.* Dla ważności przedmiotu było dwu referentów, tajny radca szkolny Dr. Schiller i Dr. med. Paweł Schubert. Pierwszy traktował przedmiot więcej ze stanowiska pedagogicznego. Wielkie postępy nauk lekarskich, osobliwie higieny, jeszcze niedostatecznie do szkół zastósowano. Lecz lekarz szkolny nie jest jeszcze szczytem higieny szkolnej. O wiele ważniejsze jest higieniczne wykształcenie nauczycieli. Tak np. nadzwyczaj ważnym punktem higieny szkolnej jest czystość izb i sprzętów szkolnych. O to się starać jest zadaniem nauczyciela. Ale jak można uzasadnione żądanie wielkiej czystości spełnić, jeżeli dla utrzymania jej w całej szkole ustanowiony jest tylko jeden stróż, który musi żonę i dzieci zaciągać do roboty, by módz zadaniu temu jako tako podołać? Niezawodnie pożądany jest lekarz szkolny dla wszystkich szkół, lecz w pierwszym rzędzie potrzebny on jest dla szkół ludowych. Uczniowie wyższych szkół rekrutują się przecież najwięcej z lepszych stanów, które wogóle posiadają lepsze zrozumienie dla potrzeb higieny i do nich zastosować się mogą. Potrzebę specyalnych lekarzy szkolnych referent uznaje za rzecz słuszną, lecz ufa, że wkrótce będą ustanowione specyalne kursa higieny szkolnej, aby lekarz szkolny dla poszczególnych działów zajęcia szkolno-lekarskiego nabył należytego zrozumienia.

Wielki opór przeciw lekarzom szkolnym, stwierdzony u wielu nauczycieli, budowniczych itp. ustanie niezawodnie, jeżeli wszyscy interesowani dojdą do przekonania, że się muszą nawzajem pouczać i uzupełniać. Lecz najczęściej wywołują ten opór przesadne żądania lekarzy.

Koreferent zgodził się w ogóle z referentem, tylko zaznaczył wybitniej niektóre żądania ze strony lekarskiej. Jest on tego mniemania, że lekarz szkolny jest potrzebny dla wszystkich szkół, także i dla wyższych, bo stany lepsze grzeszą także przeciwko higienie i w szkołach wyższych pojawiają się choroby zaraźne, a niektóre nieprawidłowości można stwierdzić głównie w szkołach wyższych np. krótkowidzenie. Nie powinien tedy lekarz szkolny ograniczyć swego zadania tylko do szkół niższych. Żądanie lekarzy, aby przy nauce także z nimi współdziałać, narobiło wiele złej krwi u nauczycieli; lecz niesłusznie, gdyż nauka i używanie środków naukowych przynosi nieraz niebezpieczeństwo dla dzieci szkolnych, które lekarz może usuwać albo łagodzić, n. p. niehigieniczne tabliczki, źle drukowane książki szkolne i t. p. Również dla celów naukowych nie jest opinia lekarska bez znaczenia. Przy układaniu planu nauki, przy podziale nauki zdarzają się często błędy: dlatego i tu rada lekarska jest pożądaną. Lecz najwięcej jest lekarz potrzebny przy fizycznem kształceniu. Już sama zdolność do służby wojskowej wymaga silniejszego rozwoju fizycznego u młodzieży i rozwój fizyczny jest dla siebie celem tak samo, jak wykształcenie umysłowe. (C. d. n.)

VIII. Sprawozdanie z Sekcyi pedyatrycznej niemieckiego Zjazdu lekarzy i przyrodników, odbytego w Monachium d. 18—23 września 1899 r.

Podał

Dr. Jan Landau

lekarz chorób dzieci w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

12) Hochsinger z Wiednia: *O tężyczce i podobnych do tężyczki stanach u dzieci w pierwszych tygodniach życia* H. uważa trwało tężcowe kurcze kończyn w przebiegu tężyczki, jako najsilniejsze wzmożenie już w stanie fizyologicznym u noworodków się znajdującego stężenia mięśni zginaczy (Flexorenhypertonie). U noworodków i młodszych osesków istnieje pewna skłonność do tężcowych kurczów zginania, które już przy zwykłych podrażnieniach psychicznych się pojawiają i stanowią przejście do patologicznej *myotonii* noworodków, uważanej przez H. za chorobę odrębną. Ta myotonia patologiczna charakteryzuje się tak zw. objawem pięściowym, podobnym do objawu Trousseaua przy tężyczce, dającym się wywołać przez ucisk na rowek wewnętrzny mięśnia dwugłowego. Objaw pięściowy znajduje się najczęściej u dzieci w pierwszych tygodniach życia przy obecności zaburzeń żołądkowo-jelitowych, długotrwających zapaleń skóry i w kile wrodzonej. Dzieci te już w stanie spokoju mają silniejsze stężenie mięśni zginaczy, niekiedy trwałe spastyczne ustawienie kończyn, a ręka układa się w pięść, podobnie jak w tężyczce.

Tężec rzekomy *(Pseudotetanus)* Eschericha zalicza H. bezwarunkowo do tak zw. *myotonii.* Nie jest to cierpienie pierwotne, ale jest wyrazem wzmożonej wrażliwości rdzenia pacierzowego a powstanie cierpienia jest ułatwione przez wrodzone stężenie mięśni i skłonność do kurczów u noworodków; przykurczenia te są trwałe, niebolesne, nie występują napadowo, ale rozwijają się stopniowo. Choroba ta nie ma związku z krzywicą, jak tężyczka prawdziwa, nie pojawia się głównie na wiosnę, lecz najczęściej podczas upałów, odpowiednio do najczęstszego pojawiania się nieżytów kiszkowych w tej porze.

Objaw pięściowy, który występuje w rozmaitym stopniu, od utworzenia lekkiego zagięcia pięści naokoło palca grubego aż do zupełnego tężcowego skrzczenia pięści nie pojawia się nigdy u zupełnie prawidłowych noworodków lub osesków, lecz zauważono go u 60% dzieci chorych w pierwszym kwartale życia, nigdy nie występuje u starszych osesków, nie jest związany z porą roku i nie jest przywiązany do zmian krzywiczych.

U dzieci tych nie było objawu twarzowego, ani też zbytniej pobudliwości mechanicznej lub galwanicznej, jakoteż brak skurczu głośni i drgawek. Odruchy tylko w ciężkich przypadkach były osłabione. Pewien stopień myotonii patologicznej i łatwe pojawianie się objawu pięściowego towarzyszą prawie zawsze dziedzicznej wczesnej kile noworodków i tych osesków, które nie przekroczyły trzeciego miesiąca życia. Bezpośrednią zależność myotonii od kiły udowadnia korzystne działanie leczenia przeciwkiłowego.

Podstawą anatomiczną myotonii jest prawdopodobnie zwyrodnienie (Marchiego i Nissela) rdzenia pacierzowego osesków, opisane przez Zapperta, dotyczące korzeni przednich i komórek rogów przednich, a powstałe zapewne skutkiem zaburzeń toksycznych lub odżywczych tkanki nerwowej w przebiegu ciężkich chorób. Obraz anatomiczny zgadza się z opisanym przez H. obrazem klinicznym. Myotonie Hochsingera podzielić możemy na 4 gromady: I) *Myotonia physiologica neonatorum:* lekka sztywność mięśni zginaczy kończyn, skłonność do zgięcia palców rąk i nóg. Stan ogólny oseska zupełnie dobry. II) *Myotonia pathologica I gradus:* pobudliwość objawu pięściowego, nadmierne stężenie mięśni zginaczy. III) *Myotonia II gradus (M. spastica perstans):* objaw pięściowy, stałe kurczowe zgięcie rąk i nóg *(Arthrogryposis, Spasmus carpopedalis perstans),* stężenie rozmaitych mięśni zginaczy koń-

czyn. Pojawia się przy ciężkich chorobach jelit i skóry w przebiegu kiły dziedzicznej i przy oparzeniach. IV) *Pseudotetanus:* przejście sprawy myotonicznej na mięśnie tułowia, względnie twarzy. Zresztą jak pod III).

Nad odczytami: 10, 11 i 12-tym odbyła się wspólna rozprawa, którą rozpoczął Escherich z Gracu: W niejasnym obrazie chorobowym drgawek jest gromada z objawami tężyczki. Na klinice swej zalecił badanie w kierunku tężyczki w każdym przypadku drgawek i sprawdził, że często znajdowano tężyczkę. Przypady drgawkowe występują często naprzemian z napadami skurczu głośni i występują bardzo często w pewnych okresach czasu. Co do etyologii, sądzi E., że przyczyną cierpienia są zaburzenia w przemianie materyi i wskazuje na częstą obecność tak zw. *status thymicus,* którego podstawą jest także nieprawidłowa przemiana materyi.

Soltmann (z Lipska) obstaje przy udowodnionej przez siebie wzmożonej skłonności odruchowej przy braku ośrodków korowych i fizyologicznej „spasmophilii"; nazywa to: *causa physiologica interna.* Do powstania jednak drgawek przystąpić jeszcze musi *causa pathologica.* Jeżeli ze skurczu głośni powstaje tężyczka, to należy to pojmować, jako wzmożenie kurczów pod wpływem bezdechu (apnoë) z powodu zamkniętej głośni, przez zastój w krążeniu płucnem i w mózgu i jako efekt nagromadzenia bezwodnika węglowego, jak to wykazały doświadczenia Landoisa, Hermanna, Nassego i innych.

Pott (z Halli) zwraca uwagę na obciążenie dziedziczne, jako na przyczynę kurczów w wieku dziecięcym. Według jego spostrzeżeń dzieci z tężyczką pochodzą dosyć często z rodziców, obarczonych chorobami umysłowemi, padaczką i nadużywających alkoholu.

Baginsky (z Berlina) zaznacza, że z pewnością pojawia się skurcz głośni bez tężyczki. Nie zgadza się z Escherichem, aby objaw twarzowy w przebiegu kurczów rozstrzygał w rozróżnianiu tężyczki od zapalenia opon mózgowych o obecności tężyczki, gdyż objaw twarzowy pojawia się również w zapaleniu opon mózgowych. Nie można w ten sposób tłómaczyć związku między skurczem głośni a drgawkami, jak się to dzieje fizyologicznie, mianowicie; że przez zamknięcie głośni powstaje bezdech, następnie rozstrzeń serca z zaburzeniami w krążeniu mózgowem. Co do działania fosforu, to nie działa on na krzywicę, jako przyczynę drgawek, lecz jako *nervinum.*

Fischl (z Pragi) zwraca uwagę, że szybkie opadnięcie ciepłoty może wywołać drgawki. Pewnem jest, że pojawia się skurcz głośni bez tężyczki. Działanie fosforu jest ograniczone, gdyż F. widział często wybitny wpływ fosforu na skurcz głośni, podczas gdy inne objawy chorobowe nie ulegały zmianie.

Ganghofner podnosi ważność wykazania tężyczki przy drgawkach ogólnych, szczególnie ze względu na rokowanie w przypadkach wątpliwych (zapalenie opon mózgowych). G. przyznaje Soltmanowi możliwość powstawania napadu drgawkowego z napadu skurczu głośni, zdarzają się jednak przypadki drgawek bez skurczu głośni. Zdarza się również skurcz głośni bez tężyczki.

Hochsinger (z Wiednia) spodziewa się, że pojęcie tężyczki, po odjęciu trwałych przykurczeń, obecnie będzie jaśniejsze. Zupełny brak wszelkiej przeczulicy układu nerwowego i ciągłe trwanie tężcowych przykurczeń nie zdarza się przy tężyczce. Nazwę *myotonia* obrał Hochsinger, jako odpowiadającą rzeczywistym stosunkom, a badania jego co do napięcia mięśni u noworodków zgadzają się z teoryą Soltmana. Skurcz głośni i drgawki znajdujemy często bez śladu tężyczki. H. przemawia za skutecznością leczenia fosforem, jakkolwiek jest różnica zdań co do sposobu działania fosforu.

Sonnenberger (z Wormacyi) wspomina o samozakażeniu, jako czynniku etyologicznym.

Heubner (z Berlina) zgadza się w sprawie padaczki z Henochem, gdyż widział przypadki pozornych drgawek, które się potem zamieniły w padaczkę. Co do skurczu głośni, to H. nie uznaje go za pojęcie patologiczne.

Lange w przemówieniu końcowem zaznacza jednomyślność z Tiemichem kładąc nacisk na samozakażenie. Nie zaprzecza, ażeby dziedziczność nie miała wpływu na powstanie choroby; dotychczas jednak dowód na pewno nie jest przeprowadzony. Jeszcze raz L. kładzie nacisk na szybkie działanie lecznicze fosforu nawet u dzieci, niedotkniętych krzywicą. Nie zaprzecza L., jakoby podniesienie się lub opadnięcie ciepłoty nie mało wpływu na powstawanie kurczów; udowodnionem to jednak dotychczas nie jest.

Tiemich kładzie nacisk na obecność *causa pathologica interna* (Soltmann) i zapowiada, że wkrótce ogłosi także wyniki badań nad przemianą materyi. (C. d. n.).

IX. Korespondencye.

Lwów, 11 listopada 1899 roku.

Wpadłem! Za korespondencyę w Nrze 43 *Przeglądu lekar.* pociągnięto mnie aż z dwu stron do odpowiedzialności.

Szanownemu Prezesowi Sekcyi lwowskiej na jego cztery nieprawda i piąte prawda — nie odpowiadam. Nie mogę.

Tem twardsza przeto konieczność zmusza mnie do odpowiedzi Szanownemu Inspektorowi szpitali[1]), boć nie mogę dopuścić, by legenda przekazała mnię potomności, jako uosobienie przewrotności i kłamstwa.

Otóż: Pan Inspektor, tak domyślny, że z notatki o „pewnym" szpitalu, domyślił się zaraz, że o „lwowskim" mowa, mógł łatwo choćby od odźwiernego dowiedzieć się, że mnię pewno sala 116 informowała, a indagując tych, co bułek dostarczali, wypadało popytać też i tych, którzy je jedli, a raczej jeść mieli.

Aby rozszerzenie śledztwa w tym kierunku Szanownemu Inspektorowi ułatwić, zeznaję co następuje:

Z początkiem października b. r. na sali 116 leżało trzech inteligentnych chorych: ksiądz Marcin B., proboszcz grecko-katolicki z Pokropiwny, pan Leon J., oficyał podatkowy ze Stanisławowa i pan Alojzy W., urzędnik Towarzystwa kredytowego ziemskiego ze Lwowa. Wszyscy trzej przez kilka dni z rzędu skarżyli mi się, że takie bułki dostają, a gdym wierzyć nie chciał, ksiądz B. ze stoliczka taką bułkę wyjął i podał mi ją. Acz niewierny, ręką dotknąwszy, uwierzyć musiałem. Przyjmijmy, że pan A. W. bezpośrednio po ciężkich operacyach, chloroformowaniu etc. etc., jako rzeczywiście wówczas nieco zamroczony, poczytalnym nie był: to przecież zostaje jeszcze dwu przytomnych, poważnych świadków, z których zwłaszcza siwego proboszcza, — a on, jak wspomniałem, własnoręcznie taką bułkę mi pokazywał, — o pauperskie żarty nikt posądzać nie będzie.

Na przypadek, gdyby się zdarzyło, że chorzy, o których mówię, szpital już opuścili, a odszukać byłoby ich trudno, dodaję, że Dr. Teofil Stachiewicz, zamieszkały we Lwowie ul. Sobieskiego l. 1., to samo od tychże chorych słyszał, że skrupulatniejszy odemnie, bułki te nietylko macał, ale je kosztował.

Wikt szpitalny w ogóle był zły, jest zły i musi być zły, jak długo będzie we własnym zarządzie, bo inaczej *manco* wypadłoby za drogo. Bywały czasy, kiedy stęchłą kaszę podawano chorym, a ówczesny rządca na robione mu zarzuty odpowiadał: „taka jest i taką trzeba zużyć, wyrzucić jej nie mogę".

Dziś niewątpliwie jest lepiej. W jednej z przeszłorocznych korespondencyj pisałem, że dzisiejszy rządca, człowiek bądź co bądź bardzo energiczny, nie jedno w szpitalu poprawił.

W jednej z późniejszych cieszyłem się, że kierownikiem szpitala został tak energiczny człowiek, jak Prof. Czyżewicz: ale to wszystko nie wystarczy. W szpitalach wojskowych już za czasów mojej służby wojskowej w r. 1886, żywienie chorych powierzano przedsiębiorcom, choć to drożej kosztowało, i dla tego wikt tam bywał dobry, bo potrawy złe można było odrzucić.

[1]) W Nrze 267 *Słowa polskiego* wyczytałem: »Oszpital lwowski. W Nrze 43 *Przeglądu lekarskiego* znajduje się korespondencya ze Lwowa, której autor pisze, że w szpitalu lwowskim »zarząd dbały o powierzonych mu chorych podaje mu bułki suche, maczane w wodzie i rozparzane w piecu. Bułka taka w dotknięciu sprawia wrażenie wilgotnej gąbki«.

Słowo Polskie powtórzyło tę wiadomość.

Na polecenie Wydziału krajowego zrobiono bardzo ścisłe dochodzenie, które okazało, że obwinienie zarządu o taką manipulacyę nie ma najmniejszej podstawy. Pp. lekarze, ordynujący na oddziałach, przepisują codziennie ilość bułek, jaka ma być dostarczona dla chorych na dzień następny; kancelarya zestawia wszystkie żądania, poczem zarząd poleca piekarni wypiec tyle tylko bułek, ile jest potrzebnem, żadnych zaś zapasów nie robi, bo na suche pieczywo, używane w kuchni, pieką się bułki z innego numeru mąki. Wskutek tego często zdarza się, że przy nadzwyczajnym napływie chorych, nowoprzybyłym z braku bułek zarząd musi dawać chleb.

Dla nieustannej kontroli dobroci pieczywa dyrektor nakazał, aby mu codziennie przysyłano do domu za opłatą kosztu bochenek chleba i kilka bułek i znajduje, że pieczywo jest bardzo dobre i smacznie przygotowane, co też komisya, która tę sprawę badała w zupełności potwierdza. Z polecenia Wydziału krajowego.

Dr. Stella-Sawicki, inspektor szpitali«.

Rozumiem, że artykuł ten przedewszystkiem w *Przeglądzie lekarskim* powinien był być umieszczony, to też tutaj, a nie gdzieindziej nań odpowiadam.

Klasycznego końcowego ustępu odwołania, ustępu zresztą nieuzasadnionego, boć pisałem, że działo się to pod nieobecność Prof. Czyżewicza, nie tykam, ale za to, Szanowna Redakcyo! jeszcze dwa wiersze Dr. Langiemu.

Lwów na profesorów dotąd się nie skarży. Miasto duże, są starzy praktycy, tylko przyjezdni pacyenci pytają: kto tu profesor? bo miejscowi wybierają sobie lekarza na podstawie zaufania, którego już to osobiście, już też przez znajomych do kogoś nabyli, a bez względu na to czy ten ktoś, w którejś z katedr, których liczba zapotrzebowaniem jest ograniczona, zasiada lub nie. Ponadto, o ile się z profesorami w prywatnej praktyce zetknąłem, jestem dla ich koleżeńskości z pełnem uznaniem. Inna rzecz kliniki i niezawodnie słusznem jest twierdzenie: „Ubezwładnić szkodliwą konkurencyę ambulatoryów klinicznych mogliby ci, od których to zależy, gdyby... chcieli“.

Nie dziwię się kolegom krakowskim, że miast teoretycznych dysput o organizacyi stanu lekarskiego, podjęli najprzód to, co ich piecze, ale ma słuszność Redakcya, że sprawy miejscowe, które prowincyę n. p. mało obchodzą, odkłada.

Przestrzegam jeszcze, że teorya z praktyką nie zawsze się zgadza. Za staraniem jednego z Nestorów etyki lekarskiej lwowskiej, Dr. Rożańskiego, ustanowiono przed laty taksę, jakiej Dr. Langie żąda. Praktyka teoryę wtedy udusiła, owe taksy, w poczekalniach wywieszone, prędko zniknęły.

I znowu święte słowa Szanownej Redakcyi: „Stosunek ściśle osobisty lekarza do jego klienteli, nieda się nigdy weisnąć w żadne ramy szablonu“.

Sądzę też, żeśmy nie do publiki, ale do siebie samych odwołać się powinni, że dyskusya powinna tylko wyświetlić, co jest dobre, a co szkodliwe; my zaś, dyskusyą uświadomieni, powinniśmy pilnie przestrzegać, by nie popełnić niczego takiego, cobyśmy koledze w jego postępowaniu wytknęli. *Uhma.*

X. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Szanowna Redakcyo!

Wystąpiwszy w sprawie polepszenia doli lekarzy, i widząc, że *Przegląd lekarski* tą sprawą również żywo się interesuje, przesyłam dziś do niej dalszy przyczynek z prośbą o umieszczenie go w najbliższym numerze.

Jako początek tak niezbędnie potrzebnej organizacyi lekarzy w celu samoobrony, do czego słusznie nawołuje *Przegląd lekarski*, uważać można istniejące już Stowarzyszenie lekarzy miast Białej, Bielska i okolicy. Stowarzyszenie to, którego prezesem bywa naprzemian raz prymaryusz szpitala w Białej, drugi raz prymaryusz szpitala w Bielsku i które liczy pokaźny zastęp członków z obu miast, a nawet i z Żywca, rozwija nader skuteczną działalność. Oprócz posiedzeń ściśle naukowych, odbywających się raz na miesiąc, w których bierze udział po dwudziestu kilku członków, odbywają się posiedzenia, poświęcone wyłącznie interesom zawodowym, gdzie roztrząsane bywają właśnie najżywotniejsze sprawy samopomocy i obrony przeciw wyzyskowi lekarzy ze strony publiczności i różnych instytucyj. Stowarzyszenie uchwaliło już dla siebie pewną normę, tyczącą się honoraryów, której ściśle i solidarnie wszyscy członkowie przestrzegają. Obecnie zajmuje się rzeczone Towarzystwo sprawą stosunku lekarzy do kas chorych, taksami sądowo-lekarskiemi i zabezpieczeniem swych członków na starość lub w razie choroby, będąc wobec energii swego prezesa i szczerego poparcia wszystkich członków na najlepszej drodze do uzyskania i tutaj pomyślnych wyników.

Jestto przykład właśnie w danej chwili ze wszechmiar godny naśladowania. Niech tylko we wszystkich większych miastach prowincyonalnych powstaną takie samo towarzystwa, niech w Krakowie lub Lwowie powstanie centralny zarząd związku dla utrzymania łączności pojedyneczo stowarzyszonych ognisk, które wysyłałyby na ogólne posiedzenia związku swoich delegatów, a sprawa organizacyi lekarzy galicyjskich w jednolity silny zastęp, broniący skutecznie swych interesów, w łatwy sposób mogłaby być przeprowadzoną. Jakkolwiek odzywają się z różnych stron coraz częstsze głosy nawołujące do takiego zorganizowania się, zachodzi obawa, że wobec słynnego „pośpiechu“ galicyjskiego upłynie znów kilkanaście lat na dyskutowaniu i na obietnicach powołanych z urzędu do działania czynników. Wobec tego jest wielce pożądanem, aby tak, jak lekarze bialscy, nie czekali, aż pomyśli o ich losie Izba lekarska, lecz sami zabrali się do dzieła, z którego już dziś zaczynają zbierać owoce, aby tak samo — powiadam — postąpili i inni i to jak najprędzej. Tylko trochę energii i dobrej woli, aby słowa we własnym interesie w czyn zamienić, a praca raz zaczęta musi wreszcie przezwyciężyć wszelkie trudności i doprowadzić do ogólnie pożądanego celu. Pouczającym dowodem, że tak być może tam, gdzie dzia a silna wola i energia, miast frazesów, jest właśnie przytoczone Towarzystw w Białej, którego skarbnik raczył mi uprzejmie udzielić powyższych szczegółów.

Zerwijmy więc z dotychczasowym systemem oglądania się na ciężkie korporacye, lecz weźmy się sami do czynów, bo gdzie dowódzcy opieszali, lub gdzie ich brak, tam żołnierz chwyta za broń i często odnosi zwycięstwo.

Kraków, 6 listopada 1899. *Dr. Langie.*

XIII międzynarodowy Zjazd lekarski.

(Ciąg dalszy).

DZIAŁALNOŚĆ NAUKOWA.

Dział I-szy.

Umiejętności biologiczne.

A. Sekcya anatomii opisowej i porównawczej.

Prezydent Milne Edwards.

a. Anatomia porównawcza.

Zastępcy prezesa: de Lacaze-Duthiers, Perrier, Filhol i Lavocat.

Sekretarz: Auguste Petit *(Paryż, rue St. Andre-des arts, 60).*

Referaty: 1) O wpływie ciemności na narządy zmysłowe. Referent A. Viré *(Paryż).*

2) „Pithecanthropus“. Referent: Dubois *(Leodyum).*

3) O rozwoju niektórych lemurydów. Referent: Hubrecht *(Leodyum).*

4) O nieprawidłowościach mięśni. Referent: Ledouble *(Tours).*

5) »*Notocorda*«. Referent: van Beneden *(Lüttich).*

b. Anatomia opisowa.

Zastępcy prezesa: Faraboeuf, Paulet i Poirier.

Sekretarz: Rieffel *(Paryż, rue de l'Ecole de médecine, 7).*

Referaty: 1) Topografia mózgu. Referent: Waldeyer *Berlin*).

2) O ośrodkach kojarzennych (asocyacyjnych) i rzutowych (projekcyjnych) mózgu. Referent: Debierre *(Lille).*

3) O drogach wstępujących sznurów bocznych rdzenia. Referent: van Gehuchten *(Loewen).*

4) O niektórych homologiach narządu płciowego. Referent: Romiti *(Piza).*

5) Homologia tętnic kończyn. Referent: Salvi *(Piza).*

6) O nadnerczu. Referenci: Valenti *(Bolonia)* i A. Petit *(Paryż).*

B. Sekcya histologii i embryologii.

Prezesi honorowi: Ranvier i Balbiani.

Prezes: Mathias Duval.

Sekretarze: Retterer i Loisel *(Paryż, rue de l'Ecole de médecine, 15).*

Referaty proponowane: 1) O narządach, pochodzących z łuków żebrowych.

2) Spektroskopia i mikrospektroskopia w anatomii opisowej.

3) O zmianach czynnościowych w pierwoszczy.

4) O pochodzeniu i rozwoju leukocytów w państwie zwierzęcem.

5) Nowsze badania nad histologią układu nerwowego.

6) O chromatolizie.

C. Sekcya fizyologii, fizyki i chemii biologicznej.

Prezes: Chauveau.

Sekretarz: Dastre *(Paryż, Sorbona).*

Sekcya ta żadnych referatów nie przedłoży. (C. d. n.).

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 16 listopada.

* W Tryeście stwierdzono klinicznie i bakteryologicznie jeden przypadek moru. Zawlókł go okręt, przybyły z Konstantynopola. Chory, jeden z okrętowej załogi, zmarł. Rząd austryacki delegował ze swej strony do Tryestu prof. Weichselbauma, który bakteryologicznie rozpoznanie potwierdził. O ile nam wiadomo, zarząd miejski Tryestu był przygotowany na możebność zawleczenia moru do jego portu, jest więc podstawa mniemać, że zaraza będzie stłumioną doraźnie i nie da powodu do dalszego szerzenia się.

* Dalszy krok w organizacyi lekarzy wiedeńskich przeciw wyzyskowi przez korporacye i instytucye polega na tem, że wciągnięto do niej i lekarzy nienależących do związku, a to w celu uzyskania jednomyślności dla dalszych kroków.

* Delegaci związków lekarzy wiedeńskich udali się do kierownika ministerstwa spraw wewn. Koerbera i namiestnika Niższej Austryi Kielmansegga z przedstawieniem krzywdy, jaką ponieśli lekarze przez rozszerzenie prawa członków Kas chorych i na rodziny członków. Oba dygnitarze jednomyślnie oświadczyli, wraz z szefami Sekcyj i radcami namiestnictwa, że prawo zaskarżone może być zmienione, lecz z warunkiem solidarnego usiłowania w tym kierunku ogółu lekarzy.

* 10-go grudnia obchodzoną będzie uroczystość 500-letniej rocznicy założenia Wydziału lek. w Wiedniu. Miejscowe Towarz. lekar. urządza uroczysty obchód z tego powodu.

* Państwowy Zakład wyrobu krowianki w Wiedniu rozesłał w r. 1898 rurek 822.710, t. j. o 199,665 więcej, niż w roku ubiegłym.

(J. G.) Do Nru 43 *Öster. Sanitätswesen* dodano bardzo dobrze opracowane przez c. k. najwyższą Radę zdrowia w Wiedniu pouczenie o istocie moru, jego etyologii, stwierdzeniu i zapobieganiu.

(J. G.) W szkole weterynaryjnej we Lwowie utworzono w r. 1897, stacyę dla szczepień rozpoznawczych wścieklizny, a Namiestnictwo lwowskie i rząd krajowy w Czerniowcach poleciły podwładnym sobie organom, by mózg i rdzeń podejrzanych o wściekliznę zwierząt przesyłały zaraz stacyi, celem dokonania szczepień rozpoznawczych.

Przesyłek takich otrzymała stacya w r. 1897 okazów 42, w r. 1898 okazów 121, w I półroczu 1899 okazów 90. Z tych 253 okazów nie nadawało się 16 do badania z powodu gnicia; w dalszych 123 przypadkach stwierdzono wściekliznę. O wyniku badania reszty przeszło 100 przypadków sprawozdanie w *Öster. Sanitätswesen* Nr. 43, nie wspomina, więc prawdopodobnie szczepienie dało wynik ujemny.

Do szczepień rozpoznawczych używano królików.

Może byłoby pożądanem, by sprawozdania swoje stacya umieszczała także w *Przegl. lek.*, jak to czyni Zakład dla szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie prof. Bujwida w Krakowie.

(J. G.) W Niemczech zarządzono, aby wszystkie urzędy sanitarne donosiły o każdym przypadku choroby podejrzanej o mór ces. Urzędowi zdrowia w Berlinie. — W ślad zatem wydano a) pouczenie o tej chorobie i jej szerzeniu się; b) instrukcyę, dotyczącą wyjmowania i przesyłania do badania przedmiotów podejrzanych, wreszcie c) przepisy o urządzaniu i prowadzeniu zakładów, przeznaczonych do badań nad morem. Te ostatnie przepisy, — podyktowane widocznie smutnemi doświadczeniami, poczynionemi w wiedeńskim Zakładzie bakteryologicznym, — są bardzo wyczerpujące i omawiają szczegółowo najdrobniejsze wymagania, jak np. liczba drzwi, kluczy i t. p. (*Öster. Sanitätswesen* Nr. 43 i 44).

* Kol. doc. Baurowicz zawiadamia, że podczas wakacyi letnich ogłosi Kurs chorób górnego odcinka dróg oddechowych, oraz chorób narządu słuchowego. Kurs trwać będzie 6 tygodni, od 20 lipca do 31 sierpnia 1900 r., dwie godziny codziennie, od 9 do 11 tej przed południem.

* Drowie Rogers Brodie i Hamilton oznajmiają, że w kopalniach złota w Transwaalu pojawiła się nowa choroba, którą nazwali: *rhinitis specifica acuta*. Przyczyną choroby ma być prątek identyczny z *pneumococcus*, lecz o wiele jadowitszy. W 36 przypadkach śmiertelnych stwierdzono sekcyą ropne zapalenie nozdrzy, które prowadzi do ropnego zapalenia opon mózg., ucha środkowego i gruczołu przyusznego. W zatokach mózgowych znajdowano obfite ogniska ropy. W większej liczbie przypadków stwierdzono zapalenie płuc, oraz dość często rozlane zapal. otrzewnej.

* Prof. Ehrlich został mianowany dyrektorem nowo założonego Instytutu w Frankfurcie, n. M. dla terapii doświadczalnej, który w najkrótszym czasie otwartym zostanie.

Mianowania i odznaczenia. Prowizorycznym kierownikiem kliniki laryngologicznej w Wiedniu został mianowany dr. O Chiari. Doc. anatomii w Jenie, dr. Braus, powołany został na profesora do Würzburga. —

Nekrologia. Zmarli: dr. Antoni Kęcki w Sannikach w 61 r. życia. Dr. Jan Wiktoryn Kossowski zmarł licząc lat 56 w Nieszawie. Dr. Aleksander Jeżowski, lekarz powiatowy, zmarł w Jędrzejowie, w 67 r. życia.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Gazecie Lekarskiej* Nr 45: Ciąglińskiego K.: O grypie przewlekłej. Prof. Prusa J.: O objawach występujących pod wpływem elektrycznego podrażnienia ciałka prążkowanego i wzgórka wzrokowego (c. d.). Dr. Ołtuszewskiego W.: Niedorozwój psychiczny i jego stosunek do różnych kategoryi zboczeń mowy (c. d.). Pechkranca S.: Samoistne cierpienia serca (dok.). W *Medycynie* Nr. 44; Korybut Daszkiewicza: Kilka luźnych uwag w sprawie żywienia dzieci, szczególniej przy uporczywych biegunkach. Sacewicza K.: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego (dok.). Nr. 45: Batawii L.: Przyczynek do mięsienia gruczołu krokowego. Dr. Popiela W.: Drgawki porodowe w świetle badań współczesnych. W *Czasopiśmie Lekarskiem* Nr. 11: Dr. Lidmanowskiego K.: Kilka uwag o płonicy. Dr. Saksa J.: Przyczynek do uszkodzeń dróg porodowych. Dr. Lewkowicza St.: Warunki higieniczne w szkołach element. miejskich oraz w zakładach naukowych prywatnych Łodzi (dok.) Dr. Troczewskiego A.: Szpital św. Walentego w Kutnie, oraz słów kilka w sprawie znaczenia, potrzeby i stanu obecnego szpitali na prowincyi (c. d.).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Sokołowski Alfred: Alkohol w etyologii i terapii chorób dróg oddechowych (*Odczyty kliniczne* Nr. 128).

— Dr. Stankiewicz Cz. Przyczynek do kazuistyki ciąży jajowodowej: zatrzymanie płodu prawie donoszonego w ciągu lat ośmnastu (Odbitka z *Czasopisma Lekarskiego*, Nr. 10).

— Dr. Giedroyć F.: Mór w Polsce w wiekach ubiegłych. (Odbitka z *„Kroniki Lekarskiej“* 1899 r.

— Doc. dr. Ciechanowski St.: Badania anatomiczne nad niedomogą pęcherza moczowego u starców, oraz nad t. zw. przerostem i pewnemi postaciami zaniku gruczołu krokowego. (Odbitka z *Przegl. Chirurgicznego*).

— Dr. Flatau S.: Klinische und experimentele Beiträge zur Atmokausis uteri. (Odbitka z *Monatschrift f. Geburtsh. u. Gynek. B. X.*).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 22 b. m. o godzinie 6 wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy*** posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Norbert Gertler mówić będzie: „O nowej cieplarce do podręcznego użytku“ (z demonstracyą przyrządu i hodowli, otrzymanych przy zastósowaniu tego przyrządu).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

KONKURSY.

L. 73.400/99.

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi z W. ks. Krakowskiem ogłasza niniejszem konkurs na posadę sekundaryusza przy szpitalu powszechnym w *Lubaczowie* z płacą roczną 500 złr. a. w. i prawem stabilizacyi po roku pożytecznej dla szpitala służby.

Pragnący zatem otrzymać tę posadę powinien najpóźniej do dnia 10 grudnia 1899 wnieść do Wydziału krajowego podania z dołączeniem dokumentów:

1) że kompetujący jest obywatelem państwa austro-węgierskiego,

2) że nie przekroczył 40-go roku życia,

3) że posiada dyplom doktora wszech nauk lekarskich, uzyskany lub potwierdzony na jednym z uniwersytetów państwa austro-węgierskiego.

W końcu nadmieniamy, że posada sekundaryusza przy szypitalu w Lubaczowie obsadzoną zostanie z dniem 1-go stycznia 1900 r. 193

Z Rady Wydziału krajowego.

We Lwowie, dnia 4 listopada 1899. *Grott.*

Wydział powiatowy w Sanoku rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w mieście *Jaśliska* z płacą roczną w kwocie 600 złr. i ryczałtem na służbowe podróże w kwocie 400 złr. w. a. rocznie.

Okręg sanitarny Jaślisk obejmuje 18 gmin, mianowicie: Jaśliska, Posada jaśliska, Daliowa, Szklary, Królik polski, Królik wołoski, Kamionka, Zawadka rymanowska, Bałucianka, Lipowiec, Czeremcha, Wola wyżna, Wola niżna, Rudawka jaśliska, Jasiel, Polany surowiczne, Surowica i Moszaniec z ludnością 9600 głów i obszar 213·9 klm.².

Podania o tę posadę należy wnieść do Wydziału powiatowego w Sanoku najdalej do 15 grudnia r. b., zaopatrzone w świadectwa:

1) dostatecznej fizycznej zdatności, stwierdzonej przez c. k. lekarza powiatowego;

2) że petent posiada prawo obywatelstwa austryackiego;

3) dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

4) nieskazitelnego charakteru;

5) znajomości języków krajowych;

6) świadectwa praktyki przynajmniej dwuletniej w zawodzie lekarskim.

Lekarz okręgowy w Jaśliskach ma obowiązek utrzymywania apteki domowej. 194

L. 1453

Wydział powiatowy w Turce rozpisuje niniejszem na mocy §§. 4 i 5 ustawy z dnia 2 lutego 1891 dz. ust. kraj. Nr. 17 i §§. 7 i 8 rozp. wykon. dz. ust. kraj. Nr. 82 z r. 1891 Konkurs na prowizoryczną posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Boryni dla 26 gmin na obszarze 482 kilometrów kwadratowych z ludnością 19.538 mieszkańców.

Roczna płaca 500 złr. i ryczałt na koszta podróży służbowych 400 złr. w. a.

Kandydaci muszą prócz dostatecznej fizycznej zdatności posiadać następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego
2) doktorat wszech nauk lekarskich
3) nieskazitelny charakter
4) znajomość języka polskiego i ruskiego
5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim
6) utrzymywanie apteki domowej.

Między kandydatami będą mieli pierwszeństwo ci, którzy się wykażą dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego — lub świadectwem egzaminu fizykackiego. —

Podania udokomentowane wnosić należy do Wydziału powiatowego w Turce w terminie do 15 Listopada 1899.

Wydział powiatowy w Turce.

KONKURS.

Założyciel i właściciel firmy Henryk Mattoni w Giesshübl-Sauerbrunn złożył do rąk wiedeńskiego Wydziału lekarskiego z okazyi 50-cioletniej rocznicy panowania naszego Cesarza 20.000 koron, z których odsetki (700) rocznie mają być rozdane jako nagroda za najlepszą naukową pracę z zakresu balneologii.

Z warunków aktu stypendyjnego podnosimy następujące:

1. Zapis nosi po wsze czasy nazwisko „Heinrich Mattoni-Stipendium-Stiffung"; ogłaszany być ma co roku w jesieni, najdalej do końca października.

2. Starać się o to, z roku na rok ogłaszane stypendyum, mogą niedawno ukończeni doktorzy w. n. l., którzy słuchali wykładów balneologii na jednej z niemieckich wszechnic w Austryi, zdawali colloquia z tejże, i najdłużej w 12 miesięcy po uzyskaniu stopnia doktorskiego ogłosili drukiem pracę oryginalną z zakresu balneologii.

3. Pracę ocenia Komisya, wybrana z łona Wydziału lek., składająca się: z kierownika jednej z klinik wewnętrznych Wydz. lek. wiedeńskiego, z każdorazowego kierownika Zakładu chemii lekarskiej tejże Wszechnicy i z przedstawiciela balneologii z tejże Wszechnicy.

4. Stypendyum nadaje Wydział lekarski wiedeński na wniosek powyższej Komisyi.

5. Gdyby w ciągu roku stypendyum nie było nadane, wtedy mają być odsetki kapitału dopisywane, a to tak długo, aż się nie utworzy drugie stypendyum tej samej wysokości.

Wydział lekarski w Krakowie rozpisuje konkurs na posadę *asystenta przy katedrze weterynaryi* z płacą roczną 500 zlr. w. a. Podania do 21 listopada 1899.

Wydział Rady powiatowej w Brodach rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w *Toporowie*. Płaca roczna 500 zlr. ryczałt na podróże 300 zlr. Podania do 30 listopada 1898.

Powiatowa Kasa chorych w Jarosławiu rozpisuje konkurs na posadę lekarza Kasy z płacą roczną 400 zlr. Podania do 30-go listopada 1899.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.